Deutscher Bundestag **Drucksache 19/5593**

19. Wahlperiode 07.11.2018

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksachen 19/4453, 19/4729, 19/4944 Nr. 6 –

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)

b) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Axel Gehrke, Marc Bernhard, Stephan Brandner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/4537 –

Gerechte Finanzierungsgrundlagen für die Erbringung behandlungspflegerischer Leistungen in der stationären, ambulanten und häuslichen Pflege

c) zu dem Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/4523 –

Ausreichend Krankenhauspersonal dauerhaft sichern

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

d) zu dem Antrag der Abgeordneten Pia Zimmermann, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/4524 –

Pflegepersonal in der Altenpflege nachhaltig stärken

A. Problem

Zu Buchstabe a

Die Bundesregierung stellt fest, dass – obwohl die Zahl der Beschäftigten und der Auszubildenden in der Alten- und Krankenpflege angestiegen sei –, der Bedarf an Pflegekräften nicht gedeckt werden könne. Die Personalunterdeckung habe eine Arbeitsverdichtung zur Folge, woraus ein höherer Krankenstand bei den Pflegekräften und ein frühzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf resultierten.

Zu Buchstabe b

Die Antragsteller stellen fest, dass auf Grund unterschiedlicher Regelungen Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen für die gleichen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege von den gesetzlichen Krankenkassen keinen Leistungsersatz erhielten, wie es im ambulanten oder häuslichen Bereich der Fall sei. Daran ändere auch das neue Pflegepersonal-Stärkungsgesetz nichts.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller kritisieren, dass das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sich zum einen nur auf die Pflegekräfte konzentriere und andere Berufe im Krankenhaus nicht einbeziehe. Zum anderen könne durch den neuen Pflegepersonalquotienten der genaue Personalbedarf in der Pflege nicht beschrieben werden. Außerdem werde im Gesetzentwurf weder die mangelhafte Investitionsfinanzierung in den Krankenhäusern durch die Bundesländer bzw. die Investitionslücke nicht thematisiert noch würden die Reha-Kliniken in das Regelwerk einbezogen.

Zu Buchstabe d

Die Antragsteller monieren, dass die Bundesregierung mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz nicht nachhaltig auf die grundlegenden Probleme in der Altenpflege reagiere, sondern einseitig die Arbeitsbedingungen im Krankenhausbereich verbessere. Dadurch drohe eine einseitige Verlagerung des Pflegenotstands auf den Altenpflegebereich. Zudem fehle eine zukunftssicher Finanzierung, was weitere Kostenbelastungen für die Familien mit Pflegebedarf nach sich zieht.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sollen Sofortmaßnahmen für eine spürbare Entlastung der Pflegekräfte in der Kranken- und Altenpflege durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen ergriffen werden. Dadurch werde die Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie der Pflegebedürftigen weiter verbessert.

Darüber hinaus soll durch Neuregelungen im Infektionsschutzgesetz der Schutz der öffentlichen Gesundheit gestärkt werden.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 19/4453, 19/4729 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe b

Die Antragsteller fordern, die ungerechte Behandlung von pflegebedürftigen Heimbewohnern bei der Finanzierung von medizinisch behandlungspflegerischen Leistungen durch die GKV durch entsprechende gesetzgeberische Maßnahmen zu beenden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/4537 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller fordern, dass auch weitere Berufe, wie Hebammen, Heilmittelberufe und Reinigungspersonal im Krankenhaus aus den Fallpauschalen herausgenommen und bedarfsgerecht finanziert und die Reha-Kliniken in die Regelungen einbezogen werden. Zudem solle statt des Pflegepersonalquotienten ein pflegewissenschaftlich ermitteltes, valides Instrument zur Ermittlung des Personalbedarfs entwickelt werden und eine Kofinanzierung zusätzlicher Krankenhausinvestitionen bis zu einer Gesamthöhe von 2,5 Milliarden Euro pro Jahr für die kommenden zehn Jahre durch den Bund festgeschrieben werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/4523 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe d

Aus Sicht der Antragsteller fehlt ein Gesamtkonzept für bessere Arbeitsbedingungen im Pflegebereich, das u. a. sowohl eine verbindliche Personalbemessung als auch die komplette Refinanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Altenpflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenpflege beinhaltet sowie die tarifliche Bezahlung auch in der häuslichen Krankenpflege festschreibt.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/4524 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

C. Alternativen

Zu Buchstabe a

Ablehnung des Gesetzentwurfs.

Zu den Buchstaben b, c und d

Annahme der Anträge.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

1. Bund, Länder und Gemeinden

Mit der Fortführung und dem Ausbau des Krankenhausstrukturfonds zur Anpassung bestehender Versorgungskapazitäten an den tatsächlichen Versorgungsbedarf sowie zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Krankenhausversorgung wird ab dem Jahr 2019 ein Finanzvolumen von bis zu 4 Milliarden Euro bereitgestellt, das je zur Hälfte durch die Länder und aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufzubringen ist.

Darüber hinaus können für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden jährliche Mehrbelastungen im Bereich der Beihilfe im niedrigen bis mittleren zweistelligen Millionenbereich entstehen.

Beim Bundeszuschuss zur landwirtschaftlichen Krankenversicherung ergeben sich im Jahr 2019 Mehrausgaben von bis zu 13 Millionen Euro, die bis zum Jahr 2022 jährlich auf bis zu 18 Millionen Euro ansteigen werden.

Für die Sozialhilfeträger können sich aus der Kofinanzierung der Maßnahmen nach § 8 Absatz 7 und 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) und aus den Wegekostenzuschlägen nach § 89 Absatz 3 SGB XI jährliche Mehrausgaben im einstelligen Millionenbereich ergeben. Im Bereich der Hilfen für Gesundheit können den Sozialhilfeträgern aus den Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) jährliche Mehrausgaben im niedrigen einstelligen Millionenbereich für das Jahr 2019 und im mittleren einstelligen Millionenbereich für die Jahre 2020, 2021 und 2022 entstehen.

Die auf den Bundeshaushalt entfallenden Mehrausgaben werden innerhalb der betroffenen Einzelpläne ausgeglichen.

2. Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Maßnahmen des Gesetzes entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2018 Mehrausgaben in Höhe von voraussichtlich rund 7 Millionen Euro. Im Jahr 2019 ergeben sich Mehrausgaben von rund 1,7 Milliarden Euro, im Jahr 2020 von rund 2 Milliarden Euro, im Jahr 2021 von rund 2,2 Milliarden Euro und im Jahr 2022 von rund 2,4 Milliarden Euro. Einen wesentlichen Anteil daran machen die jährlichen Kosten ab dem Jahr 2019 in Höhe von rund 640 Millionen Euro für die Finanzierung der zusätzlichen Stellen in Pflegeheimen aus.

Dem Krankenhausstrukturfonds werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den Jahren 2019 bis 2022 Mittel in Höhe von jährlich 500 Millionen Euro bereitgestellt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Den Mehrausgaben stehen Einsparpotenziale gegenüber, die durch strukturelle Effekte im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds entstehen und nicht genau quantifiziert werden können.

3. Soziale Pflegeversicherung

Auf der Grundlage der insgesamt geschätzten finanziellen Auswirkungen dieses Gesetzes entstehen für die soziale Pflegeversicherung im Jahr 2019 zusätzliche Ausgaben in Höhe von rund 240 Millionen Euro, im Jahr 2020 in Höhe von rund 260 Millionen Euro, im Jahr 2021 in Höhe von rund 250 Millionen Euro und im Jahr 2022 in Höhe von rund 150 Millionen Euro.

Zu den Buchstaben b, c und d

Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand wurden nicht erörtert.

E. Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Durch die Maßnahmen dieses Gesetzes ergeben sich für die Verwaltung und die Wirtschaft sowohl Belastungen als auch Entlastungen. Unter dem einmaligen Erfüllungsaufwand ist für die Wirtschaft mit Entlastungen in Höhe von rund 90 000 Euro zu rechnen, für die Verwaltung ergeben sich Belastungen in Höhe von rund 1,9 Millionen Euro. Außerdem entsteht dem Bundesversicherungsamt ein vorübergehender Personalmehraufwand für die gesamte Dauer der Bearbeitung von Vorgängen zum Krankenhausstrukturfonds in Höhe von rund 2,5 Millionen Euro. Hinsichtlich des laufenden Erfüllungsaufwandes ergeben sich dauerhafte Entlastungen in Höhe von rund 470 000 Euro für die Wirtschaft und rund 630 000 Euro für die Verwaltung.

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht ein geringfügiger Erfüllungsaufwand.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Wirtschaft ergibt sich unter dem einmaligen Erfüllungsaufwand eine Entlastung von insgesamt rund 90 000 Euro. Dabei verrechnet sind rund 1,4 Millionen Euro an Belastungen, die auf die Beantragung der Zuschüsse zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf in ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenpflege entfallen.

Jährlich werden in der Summe Entlastungen erreicht, die sich ab dem Jahr 2021 auf rund 470 000 Euro jährlich belaufen. Dabei handelt es sich um eine Entlastung im Sinne der „One in, one out“-Regel der Bundesregierung, insbesondere durch die Aufhebung von Nachweispflichten.

Im laufenden Erfüllungsaufwand sind Bürokratiekosten aus Informationspflichten in Höhe von rund 64 000 Euro enthalten.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Verwaltung entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 4,6 Millionen Euro. Davon entfallen rund 2,8 Millionen Euro auf die Bundesverwaltung und rund 1,9 Millionen Euro auf die Selbstverwaltung. Für die Verwaltung

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

der Länder entsteht kein einmaliger Erfüllungsaufwand. Rund 2,5 Millionen Euro des auf die Bundesverwaltung entfallenden einmaligen Erfüllungsaufwands entfallen auf vorübergehenden Personalmehraufwand im Bundesversicherungsamt für die Bearbeitung des Krankenhausstrukturfonds.

In der Summe verschiedener Be- und Entlastungen ergibt sich für die Verwaltung insgesamt eine dauerhafte Entlastung in Höhe von rund 630 000 Euro jährlich. Diese entfällt überwiegend auf die Selbstverwaltung. Die Entlastung der Selbstverwaltung ergibt sich vor allem aus der für Vertreterinnen und Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen entfallenden Aufgabe, in den jährlichen Budgetverhandlungen mit den Krankenhäusern für bestimmte Leistungen einen höheren Fixkostendegressionsabschlag oder eine längere Abschlagsdauer zu vereinbaren. Für die Verwaltung der Länder kommt es zu einer geringfügigen jährlichen Belastung.

Zu den Buchstaben b, c und d

Der Erfüllungsaufwand wurde nicht erörtert.

F. Weitere Kosten

Zu Buchstabe a

Die sich aus diesem Gesetz ergebenden Mehraufwendungen für die private Krankenversicherung belaufen sich im Jahr 2018 auf bis zu 1 Million Euro, im Jahr 2019 auf rund 35 Millionen Euro und steigen bis zum Jahr 2022 auf rund 85 Millionen Euro an.

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich aus der anteiligen Mitfinanzierung der rund 13 000 zusätzlichen Stellen Mehrausgaben von rund 44 Millionen Euro jährlich. Aus der anteiligen Mitfinanzierung der Fördermaßnahmen zur Digitalisierung entstehen in den Jahren 2019 bis 2021 Mehraufwendungen von insgesamt bis zu 22 Millionen Euro. Aus der anteiligen Mitfinanzierung der Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Beruf, Pflege und Familie entstehen Mehraufwendungen von jeweils bis zu 7 Millionen Euro in den Jahren 2019 bis 2024. Durch die Umstellung der Zuschüsse für häusliche Beratungsbesuche auf verhandelte Entgelte entstehen Mehraufwendungen von etwa 2 Millionen Euro jährlich.

Nennenswerte Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau sind wegen des geringen Umfangs der finanziellen Auswirkungen im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt nicht zu erwarten.

Zu den Buchstaben b, c und d

Weitere Kosten wurden nicht erörtert.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

a) den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/4453, 19/4729 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen;

b) den Antrag auf Drucksache 19/4537 abzulehnen;

c) den Antrag auf Drucksache 19/4523 abzulehnen;

d) den Antrag auf Drucksache 19/4524 abzulehnen.

Berlin, den 7. November 2018

Der Ausschuss für Gesundheit

Erwin Rüddel
Vorsitzender

Dr. Roy Kühne
Berichterstatter

Dr. Edgar Franke
Berichterstatter

Dr. Axel Gehrke
Berichterstatter

Nicole Westig
Berichterstatterin

Harald Weinberg
Berichterstatter

Kordula Schulz-Asche
Berichterstatterin

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zusammenstellung

des Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)
– Drucksachen 19/4453, 19/4729 –
mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals	**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals**
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)	**(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)**
Vom ...	Vom ...
Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:
Artikel 1	**Artikel 1**
Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	**Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**
Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. § 17a wird wie folgt geändert:	1. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 werden die Wörter „Die Kosten der in § 2 Nr. 1a genannten Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütungen“ durch die Wörter „Die Kosten der in § 2 Nummer 1a genannten mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten, die Ausbildungsvergütungen für die in § 2 Nummer 1a genannten Berufe“ ersetzt.	
bb) Die Sätze 3 und 4 werden wie folgt gefasst:	
„Bei der Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung sind Personen,	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
die in der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege ausgebildet werden, im zweiten und dritten Jahr ihrer Ausbildung im Verhältnis 9,5 zu 1 auf die Stelle einer in diesen Berufen voll ausgebildeten Person anzurechnen. Personen, die in der Krankenpflegehilfe ausgebildet werden, sind nach dem ersten Jahr ihrer Ausbildung im Verhältnis 6 zu 1 auf die Stelle einer in den Berufen der Krankenpflege oder der Kinderkrankenpflege voll ausgebildeten Person anzurechnen.“	
b) In Absatz 3 Satz 3 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und wird in seiner Entwicklung nicht durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes begrenzt“ eingefügt.	
2. § 17b wird wie folgt geändert:	2. § 17b wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „soweit Absatz 4 keine abweichenden Regelungen enthält“ eingefügt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:	b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:
„(4) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Pflegepersonalkosten *der* Patientenversorgung aus dem Vergütungssystem auszugliedern und eine neue Pflegepersonalkostenvergütung zu entwickeln. Hierfür haben sie insbesondere bis zum 31. Januar 2019 eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu vereinbaren. Die Krankenhäuser haben die Vorgaben zur Ausgliederung und zur bundeseinheitlichen Definition nach den Sätzen 1 und 2 für die Abgrenzung ihrer Kosten und Leistungen rückwirkend ab dem 1. Januar 2019 anzuwenden. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben die Bewertungsrelationen für das DRG-Vergütungssystem erstmals für das Jahr 2020 um die Summe der Bewertungsrelationen der nach Satz 1 auszugliedernden Pflegepersonalkosten und die Zusatzentgelte um die pflegerelevanten Kosten zu vermindern sowie auf dieser Grundlage die Fallpau-	„(4) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Pflegepersonalkosten **für die unmittelbare** Patientenversorgung **auf bettenführenden Stationen** aus dem Vergütungssystem auszugliedern und eine neue Pflegepersonalkostenvergütung zu entwickeln. Hierfür haben sie insbesondere bis zum 31. Januar 2019 eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu vereinbaren **und dabei auch Regelungen für die Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal festzulegen, das überwiegend in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist**. Die Krankenhäuser haben die Vorgaben zur Ausgliederung und zur bundeseinheitlichen Definition nach den Sätzen 1 und 2 für die Abgrenzung ihrer Kosten und Leistungen rückwirkend ab dem 1. Januar 2019 anzuwenden. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben die Bewertungsrelationen für das DRG-Vergütungssystem erstmals für das

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
schalenvereinbarung bis zum 30. September 2019 abzuschließen. Sie haben die nach Satz 1 auszugliedernden Pflegepersonalkosten bis zum 30. September 2019 in einem Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je voll oder teilstationärem Belegungstag auszuweisen und den Katalog jährlich weiterzuentwickeln. Der Katalog ist erstmals für das Jahr 2020 von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 für die Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes anzuwenden. Für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und die Entwicklung einer neuen Pflegepersonalkostenvergütung nach Satz 1 sowie für die Vereinbarung einer bundeseinheitlichen Definition nach Satz 2 gelten die Regelungen nach Absatz 2 Satz 4 bis 7 zur Einbindung der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, zur Beschlussfassung sowie zu den Teilnahme und Zugangsrechten des Bundesministeriums für Gesundheit entsprechend. Für die Ausweisung der auszugliedernden Pflegepersonalkosten in einem Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen und die Weiterentwicklung des Katalogs nach Satz 5 gelten die Veröffentlichungspflichten nach Absatz 2 Satz 8 entsprechend. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 berichten dem Bundesministerium für Gesundheit über die Auswirkungen, die die Einführung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes auf die Entwicklung der Pflegepersonalstellen und kosten in den Jahren 2020 bis 2024 hat. Sie haben hierzu zum 31. August 2021 einen Zwischenbericht und zum 31. August 2025 einen abschließenden Bericht vorzulegen.“	Jahr 2020 um die Summe der Bewertungsrelationen der nach Satz 1 auszugliedernden Pflegepersonalkosten und die Zusatzentgelte um die pflegerelevanten Kosten zu vermindern sowie auf dieser Grundlage die Fallpauschalenvereinbarung bis zum 30. September 2019 abzuschließen. Sie haben die nach Satz 1 auszugliedernden Pflegepersonalkosten bis zum 30. September 2019 in einem Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je voll oder teilstationärem Belegungstag auszuweisen und den Katalog jährlich weiterzuentwickeln. Der Katalog ist erstmals für das Jahr 2020 von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 für die Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes anzuwenden. Für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und die Entwicklung einer neuen Pflegepersonalkostenvergütung nach Satz 1 sowie für die Vereinbarung einer bundeseinheitlichen Definition nach Satz 2 gelten die Regelungen nach Absatz 2 Satz 4 bis 7 zur Einbindung der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, zur Beschlussfassung sowie zu den Teilnahme und Zugangsrechten des Bundesministeriums für Gesundheit entsprechend. Für die Ausweisung der auszugliedernden Pflegepersonalkosten in einem Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen und die Weiterentwicklung des Katalogs nach Satz 5 gelten die Veröffentlichungspflichten nach Absatz 2 Satz 8 entsprechend. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 berichten dem Bundesministerium für Gesundheit über die Auswirkungen, die die Einführung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes auf die Entwicklung der Pflegepersonalstellen und kosten in den Jahren 2020 bis 2024 hat. Sie haben hierzu zum 31. August 2021 einen Zwischenbericht und zum 31. August 2025 einen abschließenden Bericht vorzulegen.“
c) In Absatz 5 Satz 1 wird im Satzteil vor der Aufzählung die Angabe „bis 3“ durch die Angabe „bis 4“ ersetzt.	c) unverändert

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
Artikel 2	**Artikel 2**
Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	**Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**
Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	0. In § 10 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz werden die Wörter „§ 17b Absatz 3 Satz 6 und 7“ durch die Wörter „§ 17b Absatz 3 Satz 4 bis 6“ ersetzt.
1. Nach § 12 wird folgender § 12a eingefügt:	1. Nach § 12 wird folgender § 12a eingefügt:
„§ 12a	„§ 12a
Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019	Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019
(1) Zur Fortführung der Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung werden dem beim Bundesversicherungsamt errichteten Strukturfonds in den Jahren 2019 bis 2022 weitere Mittel in Höhe von bis zu 500 Millionen Euro jährlich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt. Im Fall einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung nach Satz 1 erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag. § 12 Absatz 1 Satz 3 und 6 gilt entsprechend. Über die Förderung der in § 12 Absatz 1 Satz 3 genannten Zwecke hinaus können auch die folgenden Vorhaben gefördert werden:	(1) Zur Fortführung der Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung werden dem beim Bundesversicherungsamt errichteten Strukturfonds in den Jahren 2019 bis 2022 weitere Mittel in Höhe von bis zu 500 Millionen Euro jährlich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt. Im Fall einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung nach Satz 1 erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag. § 12 Absatz 1 Satz 3 und 6 gilt entsprechend. Über die Förderung der in § 12 Absatz 1 Satz 3 genannten Zwecke hinaus können auch die folgenden Vorhaben gefördert werden:
1. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen,	1. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen **an Hochschulkliniken**, **soweit Hochschulkliniken und nicht universitäre Krankenhäuser an diesen Vorhaben gemeinsam beteiligt sind,**
2. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Krankenhausverbünden, Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen und telemedizinischer Netzwerkstrukturen,	2. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. Vorhaben zur Verbesserung der informationstechnischen Sicherheit der Krankenhäuser und	3. u n v e r ä n d e r t
4. Vorhaben zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten in den mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a Buchstabe e bis g.	4. u n v e r ä n d e r t
	Vorhaben nach Satz 4 Nummer 2 zur Bildung von telemedizinischen Netzwerkstrukturen können auch insoweit gefördert werden, als Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind.
(2) Von dem in Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Betrag, abzüglich der jährlichen notwendigen Aufwendungen des Bundesversicherungsamts für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung sowie der jährlichen Aufwendungen nach § 14, kann jedes Land in den Jahren 2019 bis 2022 jährlich bis zu 95 Prozent des Anteils beantragen, der sich aus dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 1. Oktober 2018 ergibt. Soweit ein Land den ihm nach Satz 1 jährlich zustehenden Anteil nicht ausschöpft, kann der verbleibende Anteil noch bis zum 31. Dezember 2022 beantragt werden. Fördermittel, die von einem Land bis zum 31. Dezember 2022 durch vollständig und vorbehaltlos eingereichte Anträge nicht vollständig beantragt worden sind, verbleiben beim Gesundheitsfonds; der auf die Beteiligung der privaten Krankenversicherungen entfallende Anteil ist an diese zurückzuzahlen. Mit den verbleibenden 5 Prozent des Betrags nach Satz 1 können jährlich Vorhaben gefördert werden, die sich auf mehrere Länder erstrecken und für die die beteiligten Länder einen gemeinsamen Antrag stellen (länderübergreifende Vorhaben). Innerhalb eines Jahres nicht ausgeschöpfte Teile des Betrags nach Satz 4 können von den Ländern noch bis zum 31. Dezember 2022 gemeinsam beantragt werden. Soweit die Mittel nach Satz 4 bis zum 31. Dezember 2022 durch vollständig und vorbehaltlos gestellte Anträge nicht vollständig beantragt worden sind, verbleiben sie beim Gesundheitsfonds; der auf die Beteiligung der privaten Krankenversicherungen entfallende Anteil ist an diese zurückzuzahlen.	(2) u n v e r ä n d e r t
(3) Voraussetzung für eine Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 2 ist, dass	(3) Voraussetzung für eine Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 2 ist, dass

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
1. die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens am 1. Januar 2019 noch nicht begonnen hat,	1. u n v e r ä n d e r t
2. das antragstellende Land, gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung, mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens (Ko-Finanzierung) trägt, wobei das Land mindestens die Hälfte dieser Ko-Finanzierung aus eigenen Haushaltsmitteln aufbringen muss,	2. u n v e r ä n d e r t
3. das antragstellende Land sich verpflichtet,	3. u n v e r ä n d e r t
a) in den Jahren 2019 bis 2022 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2015 bis 2017 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht, und	
b) die in Buchstabe a genannten Mittel um die vom Land getragenen Mittel nach Nummer 2 zu erhöhen und	
4. die in Absatz 4 genannten Kriterien erfüllt sind.	4. u n v e r ä n d e r t
Beträge, mit denen sich die Länder am Volumen des öffentlichen Finanzierungsanteils der förderfähigen Kosten nach § 6 Absatz 1 des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes beteiligen, dürfen nicht auf die vom Land zu tragenden Kosten nach Satz 1 Nummer 2 und auf die in den Jahren 2019 bis 2022 bereitzustellenden Haushaltsmittel nach Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a angerechnet werden. Mittel aus dem Strukturfonds dürfen nicht gewährt werden, *wenn* der Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land auf Grund der zu fördernden Maßnahme zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsförderung verpflichtet ist. Für Mittel der Investitionsförderung, auf deren Rückzahlung das Land verzichtet hat, gilt Satz 2 entsprechend. Das Bundesversicherungsamt prüft die Anträge und weist die Mittel zu, bis der in Absatz 2 Satz 1 genannte Anteil des Landes ausgeschöpft ist. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind unverzüglich an das Bundesversicherungsamt zurückzuzahlen, wenn eine Verrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist. Die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des Bundesversicherungsamts	Beträge, mit denen sich die Länder am Volumen des öffentlichen Finanzierungsanteils der förderfähigen Kosten nach § 6 Absatz 1 des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes beteiligen, dürfen nicht auf die vom Land zu tragenden Kosten nach Satz 1 Nummer 2 und auf die in den Jahren 2019 bis 2022 bereitzustellenden Haushaltsmittel nach Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a angerechnet werden. Mittel aus dem Strukturfonds dürfen nicht gewährt werden, **soweit** der Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land auf Grund der zu fördernden Maßnahme zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsförderung verpflichtet ist. Für Mittel der Investitionsförderung, auf deren Rückzahlung das Land verzichtet hat, gilt Satz 2 entsprechend. Das Bundesversicherungsamt prüft die Anträge und weist die Mittel zu, bis der in Absatz 2 Satz 1 genannte Anteil des Landes ausgeschöpft ist. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind unverzüglich an das Bundesversicherungsamt zurückzuzahlen, wenn eine Verrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist. Die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des Bundesversicherungsamts

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
werden aus dem in Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Betrag gedeckt. Dies gilt auch für die Aufwendungen des Bundesversicherungsamts, die nach dem 31. Dezember 2020 für die Durchführung der Förderung nach § 12 entstehen. Die Sätze 1 bis 6 gelten entsprechend für länderübergreifende Vorhaben.	werden aus dem in Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Betrag gedeckt. Dies gilt auch für die Aufwendungen des Bundesversicherungsamts, die nach dem 31. Dezember 2020 für die Durchführung der Förderung nach § 12 entstehen. Die Sätze 1 bis 6 gelten entsprechend für länderübergreifende Vorhaben.
(4) In der Rechtsverordnung nach § 12 Absatz 3 kann auch das Nähere geregelt werden	(4) u n v e r ä n d e r t
1. zu den Kriterien der Förderung nach Absatz 1 und zum Verfahren der Vergabe der Fördermittel,	
2. zum Nachweis der Förderungsvoraussetzungen nach Absatz 3 Satz 1 und	
3. zum Nachweis zweckentsprechender Verwendung der Fördermittel und zur Rückzahlung überzahlter oder nicht zweckentsprechend verwendeter Fördermittel.“	
2. § 14 Satz 1 bis 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	2. u n v e r ä n d e r t
„Das Bundesversicherungsamt gibt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen eine begleitende Auswertung des durch die Förderung nach den §§ 12 und 12a bewirkten Strukturwandels in Auftrag. Die hierfür erforderlichen nicht personenbezogenen Daten werden ihm von den antragstellenden Ländern auf Anforderung zur Weiterleitung an die mit der Auswertung beauftragte Stelle zur Verfügung gestellt. Zwischenberichte über die Auswertung sind dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen jährlich, für die Förderung nach § 12a erstmals zum 31. Dezember 2020, vorzulegen. Die bis zum 31. Dezember 2020 entstehenden Aufwendungen für die Auswertung der Förderung nach § 12 werden aus dem Betrag nach § 12 Absatz 1 Satz 1 und 2 gedeckt. Die nach diesem Zeitpunkt entstehenden Aufwendungen für die Auswertung nach § 12 und die Aufwendungen für die Auswertung nach § 12a werden aus dem Betrag nach § 12a Absatz 1 Satz 1 und 2 gedeckt.“	
3. § 17b *Absatz 3 Satz 4 und 5* wird *aufgehoben.*	3. § 17b wird **wie folgt geändert:**
	a) Der Überschrift wird ein Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung“ angefügt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	b) In Absatz 2 Satz 2 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „insbesondere wirken sie mit den Abrechnungsbestimmungen darauf hin, dass die Voraussetzungen, unter denen bei Wiederaufnahme von Patientinnen und Patienten eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen ist, dem Wirtschaftlichkeitsgebot hinreichend Rechnung tragen“ eingefügt.
	c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
	aa) Die Sätze 4 und 5 werden aufgehoben.
	bb) Folgender Satz wird angefügt:
	„Widerspruch und Klage gegen die Verpflichtung zur Teilnahme an der Kalkulation haben keine aufschiebende Wirkung.“
	d) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
	aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
	aaa) In Nummer 1 werden nach dem Wort „Vergütungssystem“ die Wörter „einschließlich Vorschriften über die Pflegepersonalkostenvergütung nach Absatz 4“ eingefügt.
	bbb) In Nummer 2 werden die Wörter „und seine“ durch die Wörter „einschließlich der Pflegepersonalkostenvergütung nach Absatz 4 und die“ ersetzt.
	bb) In Satz 6 werden die Wörter „Absatz 3 Satz 6“ durch die Wörter „Absatz 3 Satz 4“ ersetzt.
4. Dem § 17c Absatz 5 *wird folgender Satz* angefügt:	4. Dem § 17c Absatz 5 **werden folgende Sätze** angefügt:
„*Liegt* die *Einwilligung des Versicherten nach Satz 2 vor, gilt* § 301 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch *entsprechend*.“	„**Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der privaten Krankenversicherung haben eine Vereinbarung zu treffen,** die **das Nähere zur Übermittlung der Daten entsprechend** § 301 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch **regelt. Die Übermittlung der Daten nach Satz 3 setzt jeweils die schriftliche**

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Einwilligung der Versicherten hierzu voraus. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.“
	4a. In § 17d Absatz 1 Satz 7 zweiter Halbsatz werden die Wörter „§ 17b Absatz 3 Satz 6 und 7“ durch die Wörter „§ 17b Absatz 3 Satz 4 bis 6“ ersetzt.
5. In § 18 Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „den §§ 17b und 17d“ durch die Wörter „§ 17b, sofern nicht das Krankenhausentgeltgesetz oder die Bundespflegesatzverordnung eine krankenhausindividuelle Vereinbarung vorsehen,“ ersetzt.	5. u n v e r ä n d e r t
6. In § 28 Absatz 4 Nummer 4 werden die Wörter „Zu und Abschläge und sonstigen Entgelte“ durch die Wörter „Zu und Abschläge, sonstigen Entgelte und der tagesbezogenen Pflegeentgelte“ ersetzt.	6. u n v e r ä n d e r t
Artikel 3	**Artikel 3**
Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	**u n v e r ä n d e r t**
In § 17a Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 2 geändert worden ist, werden nach den Wörtern „ausgebildet werden,“ die Wörter „nach dem ersten Jahr ihrer Ausbildung“ eingefügt.	
Artikel 4	**Artikel 4**
Änderung der Bundespflegesatzverordnung	**Änderung der Bundespflegesatzverordnung**
Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 6b des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 6b des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. In § 3 Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „40“ durch die Angabe „55“ ersetzt.	1. u n v e r ä n d e r t
2. § 11 wird wie folgt geändert:	2. u n v e r ä n d e r t
a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:	
„In der Vereinbarung ist zu regeln, dass Mittel, die nicht zweckentsprechend für die Fi-	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
nanzierung der Tariferhöhungen von Pflegepersonal verwendet wurden, zurückzuzahlen sind.“	
b) Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Nummer 2 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	
bb) Folgende Nummer 3 wird angefügt:	
„3. erstmals für das Jahr 2018 den Nachweis, dass die zusätzlichen Mittel für Tariferhöhungen von Pflegepersonal zweckentsprechend für die Finanzierung des Pflegepersonals verwendet wurden.“	
	3. In § 18 Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „ist für die Jahre 2017 bis 2019“ durch die Wörter „sind für die Jahre 2017 und 2018“ ersetzt, werden nach den Wörtern „dass die“ die Wörter „nach Satz 1“ eingefügt und wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „für das Jahr 2019 sind eine Rückzahlung von Mitteln und eine Absenkung des Gesamtbetrags nicht vorzunehmen, wenn das Krankenhaus nachweist, dass die nach Satz 1 vereinbarten Mittel vollständig für die Finanzierung von Personal zur Erreichung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung verwendet wurden“ eingefügt.
Artikel 5	**Artikel 5**
Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung	**Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung**
Die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung vom 17. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2350), wird wie folgt geändert:	Die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung vom 17. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2350), wird wie folgt geändert:
1. Dem § 1 wird folgende Überschrift vorangestellt:	1. u n v e r ä n d e r t
„Teil 1	
Förderung nach § 12 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“.	
2. § 8 wird wie folgt geändert:	2. § 8 wird wie folgt geändert:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	a) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 werden im Satzteil vor der Aufzählung die Wörter „oder der von diesem nach § 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit der Auswertung beauftragten Stelle“ gestrichen.	
bb) In Satz 3 werden die Wörter „oder die von ihm mit der Auswertung nach § 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beauftragte Stelle“ gestrichen.	
	b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
	„Spätestens innerhalb von 15 Monaten nach Abschluss eines Vorhabens übersenden die Länder dem Bundesversicherungsamt sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen den Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel; das Bundesversicherungsamt kann die Frist in begründeten Ausnahmefällen einmalig verlängern.“
b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „oder der von ihm mit der Auswertung nach § 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beauftragten Stelle“ gestrichen.	**c**) u n v e r ä n d e r t
c) Folgender Absatz 4 wird angefügt:	**d**) u n v e r ä n d e r t
„(4) Das Bundesversicherungsamt übermittelt die ihm von den zuständigen obersten Landesbehörden nach Absatz 1 Satz 1 und 3 sowie die von den Ländern nach Absatz 3 Satz 1 übermittelten Unterlagen an die von ihm mit der Auswertung nach § 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beauftragte Stelle.“	
3. Nach § 10 wird folgende Überschrift eingefügt:	3. u n v e r ä n d e r t
„Teil 2	
Förderung nach § 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“.	
4. § 11 wird durch die folgenden §§ 11 bis 18 ersetzt:	4. § 11 wird durch die folgenden §§ 11 bis 18 ersetzt:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
„§ 11	„§ 11
Förderungsfähige Vorhaben	Förderungsfähige Vorhaben
(1) Ein Vorhaben wird nach § 12a Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 oder Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gefördert, wenn	(1) Ein Vorhaben wird nach § 12a Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 oder Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gefördert, wenn
1. ein Krankenhaus oder Teile von akutstationären Versorgungseinrichtungen eines Krankenhauses dauerhaft geschlossen werden, insbesondere wenn ein Standort, eine unselbständige Betriebsstätte oder eine Fachrichtung eines Krankenhauses geschlossen wird,	1. u n v e r ä n d e r t
2. akutstationäre Versorgungskapazitäten, insbesondere Fachrichtungen mehrerer Krankenhäuser, in wettbewerbsrechtlich zulässiger Weise standortübergreifend konzentriert werden, insbesondere sofern	2. akutstationäre Versorgungskapazitäten, insbesondere Fachrichtungen mehrerer Krankenhäuser, in wettbewerbsrechtlich zulässiger Weise standortübergreifend konzentriert werden, insbesondere sofern
a) Versorgungseinrichtungen betroffen sind, für die	a) Versorgungseinrichtungen betroffen sind, **die von einem nicht universitären Krankenhaus an eine Einrichtung eines Hochschulklinikums verlegt werden, und** für die
aa) der Gemeinsame Bundesausschuss Mindestmengen festgelegt hat oder	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) in den Krankenhausplänen der Länder Mindestfallzahlen vorgesehen sind,	bb) u n v e r ä n d e r t
b) es sich um Versorgungseinrichtungen zur Behandlung seltener Erkrankungen handelt oder	b) es sich um Versorgungseinrichtungen zur Behandlung seltener Erkrankungen handelt**, die von einem nicht universitären Krankenhaus an eine Einrichtung eines Hochschulklinikums verlegt werden,** oder
c) die beteiligten Krankenhäuser eine dauerhafte Zusammenarbeit im Rahmen eines Krankenhausverbunds, etwa durch gemeinsame Abstimmung des Versorgungsangebots, vereinbart haben,	c) u n v e r ä n d e r t
3. ein Krankenhaus oder Teile von akutstationären Versorgungseinrichtungen eines Krankenhauses, insbesondere ein Standort, eine unselbständige Betriebsstätte oder eine	3. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Fachrichtung, mindestens aber eine Abteilung eines Krankenhauses, umgewandelt werden in	
a) eine bedarfsnotwendige andere Fachrichtung oder	
b) eine nicht akutstationäre Versorgungseinrichtung, insbesondere in eine Einrichtung der ambulanten, der sektorenübergreifenden oder der palliativen Versorgung, in eine stationäre Pflegeeinrichtung oder in eine Einrichtung der stationären Rehabilitation; bei Umwandlung eines gesamten Krankenhauses in eine Einrichtung der sektorenübergreifenden Versorgung muss mindestens die Hälfte der stationären Versorgungskapazitäten des Krankenhauses von der Umwandlung betroffen sein,	
4. die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer oder kommunikationstechnischer Anlagen, Systeme oder Verfahren oder bauliche Maßnahmen erforderlich sind, um	4. die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer oder kommunikationstechnischer Anlagen, Systeme oder Verfahren oder bauliche Maßnahmen erforderlich sind, um
a) die Informationstechnik der Krankenhäuser, die die Voraussetzungen des Anhangs 5 Teil 3 der BSI-Kritisverordnung erfüllen, an die Vorgaben von § 8a des BSI-Gesetzes anzupassen oder	a) u n v e r ä n d e r t
b) telemedizinische Netzwerkstrukturen insbesondere zwischen Krankenhäusern der Schwerpunkt und Maximalversorgung einerseits und Krankenhäusern der Grund und Regelversorgung andererseits zu schaffen; im Rahmen der geförderten telemedizinischen Netzwerkstrukturen sind Dienste der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen nach § 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu nutzen, sobald diese zur Verfügung stehen,	b) telemedizinische Netzwerkstrukturen insbesondere zwischen Krankenhäusern der Schwerpunkt und Maximalversorgung **einschließlich der Hochschulkliniken** einerseits und Krankenhäusern der Grund und Regelversorgung andererseits zu schaffen; im Rahmen der geförderten telemedizinischen Netzwerkstrukturen sind Dienste der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen nach § 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu nutzen, sobald diese zur Verfügung stehen,
5. es die Bildung eines integrierten Notfallzentrums zum Gegenstand hat oder	5. u n v e r ä n d e r t
6. Ausbildungskapazitäten in mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a	6. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
Buchstabe e bis g des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geschaffen oder erweitert werden.	
(2) Als Beginn der Umsetzung eines zu fördernden Vorhabens gilt der Abschluss eines der Ausführung zuzurechnenden Liefer-, Dienstleistungs- oder Werkvertrags. Im Fall von Baumaßnahmen gelten Planungen und Baugrunduntersuchungen nicht als Beginn des Vorhabens. Einzelne Vorhaben, die selbständige Abschnitte eines vor dem 1. Januar 2019 begonnenen Vorhabens darstellen, können gefördert werden, wenn sie nach dem 1. Januar 2019 begonnen werden und die Voraussetzungen des Absatzes 1 erfüllen.	(2) u n v e r ä n d e r t
(3) Nicht gefördert werden können Vorhaben nach Absatz 1 Nummer 1, wenn ein zeitlicher und örtlicher Zusammenhang mit dem Aufbau von Behandlungsplätzen oder der Neuaufnahme entsprechender Fachrichtungen an anderen Krankenhäusern besteht.	(3) u n v e r ä n d e r t
§ 12	§ 12
Förderungsfähige Kosten	Förderungsfähige Kosten
(1) Gefördert werden können	(1) Gefördert werden können
1. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 1 die Kosten für eine Verminderung der Zahl der krankenhausplanerisch festgesetzten Betten des Krankenhauses mit	1. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 1 die Kosten für eine Verminderung der Zahl der krankenhausplanerisch festgesetzten Betten des Krankenhauses mit
a) *1* 500 Euro je Bett bei einer Verminderung um 11 bis 30 Betten,	a) **4** 500 Euro je Bett bei einer Verminderung um 11 bis 30 Betten,
b) *2* 000 Euro je Bett bei einer Verminderung um 31 bis 60 Betten,	b) **6** 000 Euro je Bett bei einer Verminderung um 31 bis 60 Betten,
c) *2 750* Euro je Bett bei einer Verminderung um 61 bis 90 Betten,	c) **8 500** Euro je Bett bei einer Verminderung um 61 bis 90 Betten,
d) *4* 000 Euro je Bett bei einer Verminderung um mehr als 90 Betten*;*	d) **12** 000 Euro je Bett bei einer Verminderung um mehr als 90 Betten**,**
bei vollständiger Schließung eines Krankenhauses oder eines Krankenhausstandorts die Kosten der Schließung,	**höchstens jedoch jeweils in Höhe der tatsächlich entstehenden Kosten,** bei vollständiger Schließung eines Krankenhauses oder eines Krankenhausstandorts die Kosten der Schließung,
2. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2, 3 und 5 die Kosten für die Schließung eines	2. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses sowie die Kosten für die erforderlichen Baumaßnahmen,	
3. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2, die die in § 11 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis c genannten Voraussetzungen nicht erfüllen, gilt Nummer 1 entsprechend; ist eine vollständige Schließung eines Krankenhauses oder eines Krankenhausstandorts Bestandteil des Vorhabens, auch die Kosten für die erforderlichen Baumaßnahmen,	3. u n v e r ä n d e r t
4. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 4 die Kosten für die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informations- oder kommunikationstechnischer Anlagen sowie die Kosten für die erforderlichen baulichen Maßnahmen; für bauliche Maßnahmen dürfen nur 10 Prozent der beantragten Fördermittel verwendet werden,	4. u n v e r ä n d e r t
5. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 6 die Kosten für die erforderlichen Baumaßnahmen und die Kosten für die erstmalige Ausstattung der Ausbildungsstätten.	5. u n v e r ä n d e r t
(2) § 2 Absatz 1 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass auch die Kosten für die Aufrechterhaltung des Gebäude und Anlagenbetriebs nach Stilllegung akutstationärer Versorgungskapazitäten nicht förderungsfähig sind, soweit es sich nicht um unvermeidbare Kosten für die Abwicklung von Verträgen handelt.	(2) u n v e r ä n d e r t
(3) § 2 Absatz 3 und 4 gilt entsprechend.	(3) u n v e r ä n d e r t
§ 13	§ 13
Verwaltungsaufgaben des Bundesversicherungsamts	u n v e r ä n d e r t
(1) Das Bundesversicherungsamt veröffentlicht auf seiner Internetseite die nach § 12a Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf die einzelnen Länder entfallenden Anteile, die sich aus dem Königsteiner Schlüssel nach dem Stand vom 1. Oktober 2018 abzüglich des Betrags nach Absatz 2 ergeben, sowie den Betrag, der für die Förderung länderübergreifender Vorhaben zur Verfügung steht.	
(2) Das Bundesversicherungsamt schätzt bis zum Ende des ersten Quartals des Jahres 2019	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
die ihm bis zum 31. Dezember 2024 voraussichtlich entstehenden Aufwendungen nach § 12a Absatz 3 Satz 7 und 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie nach § 14 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und passt diese Schätzung jährlich an die tatsächlich entstandenen Ausgaben an.	
(3) Das Bundesversicherungsamt veröffentlicht auf seiner Internetseite jährlich bis zum 30. März eines Jahres folgende Kennzahlen zum Stand 31. Dezember des Vorjahres, erstmals zum Stand 31. Dezember 2019, ohne Bezug zu den geförderten Vorhaben:	
1. Zahl der gestellten Anträge insgesamt und differenziert nach Ländern und länderübergreifenden Vorhaben sowie Gegenstand der gestellten Anträge, differenziert nach Ländern und länderübergreifenden Vorhaben,	
2. die Höhe der beantragten Fördermittel insgesamt und differenziert nach Ländern und länderübergreifenden Vorhaben sowie	
3. die Höhe der bewilligten Fördermittel insgesamt und differenziert nach Ländern und länderübergreifenden Vorhaben.	
(4) Das Bundesversicherungsamt kann zum Zweck einer einheitlichen und wirtschaftlichen Durchführung des Förderverfahrens nähere Bestimmungen zur Durchführung des Förderverfahrens treffen und verlangen, dass die Unterlagen nach den §§ 14 und 17 in einem einheitlichen Format oder in einer maschinell auswertbaren Form übermittelt werden.	
§ 14	§ 14
Antragstellung	unverändert
(1) Die Länder können bis zum 31. Dezember 2022 Anträge an das Bundesversicherungsamt auf Auszahlung von Fördermitteln nach § 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aus dem Strukturfonds stellen. Wird ein fristgemäß gestellter Antrag nach Fristablauf bestandskräftig abgelehnt oder zurückgenommen oder werden Fördermittel nach § 16 zurückgezahlt, kann das antragstellende Land, soweit sein Anteil nach § 13 Absatz 1 noch nicht ausgeschöpft ist, oder können die gemeinsam antragstellenden Länder, soweit	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
der Betrag nach § 13 Absatz 1, der für die Förderung länderübergreifender Vorhaben zur Verfügung steht, noch nicht ausgeschöpft ist, auch nach dem 31. Dezember 2022 Fördermittel beantragen.	
(2) Dem Antrag sind die in § 4 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1, 2 und 7 genannten Unterlagen sowie darüber hinaus folgende Unterlagen beizufügen:	
1. die Erklärung zur Verpflichtung, die Voraussetzungen des § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einzuhalten,	
2. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 1 die Bestätigung, dass	
a) die stillgelegte Versorgungsfunktion durch Krankenhäuser in erreichbarer Nähe sichergestellt ist,	
b) der betroffene Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land auf Grund der Schließung nicht zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsfinanzierung verpflichtet ist,	
3. bei allen Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 die Bestätigung,	
a) dass die Konzentration von akutstationären Versorgungskapazitäten wettbewerbsrechtlich zulässig ist,	
b) der betroffene Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land auf Grund des Vorhabens nicht zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsfinanzierung verpflichtet ist,	
4. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a zusätzlich die Bestätigung, dass für die betroffenen akutstationären Versorgungskapazitäten Mindestmengen oder Mindestfallzahlen bestehen,	
5. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe b zusätzlich die Bestätigung, dass es sich bei den betroffenen akutstationären Versorgungskapazitäten um Versorgungseinrichtungen zur Behandlung seltener Erkrankungen handelt,	
6. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe c zusätzlich die Bestätigung, dass	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
die beteiligten Krankenhäuser eine dauerhafte Zusammenarbeit im Rahmen eines Krankenhausverbunds vereinbart haben,	
7. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe b die Erklärung, dass die mit der Umwandlung beabsichtigte Nachfolgenutzung in Übereinstimmung mit den maßgeblichen rechtlichen Vorgaben steht,	
8. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe a die Bestätigung, dass die vorgesehenen Maßnahmen erforderlich sind, um die Informationstechnik des Krankenhauses an die Vorgaben von § 8a des BSI-Gesetzes anzupassen,	
9. bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe b die Bestätigung, dass die vorhandenen Dienste der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen nach § 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genutzt werden, sobald diese zur Verfügung stehen,	
10. die Berechnung des Barwerts nach § 12 Absatz 3 in Verbindung mit § 2 Absatz 3 Satz 3 einschließlich einer Erläuterung der zu Grunde gelegten versicherungsmathematischen Annahmen, wenn ein förderfähiges Vorhaben durch Aufnahme eines Darlehens des Krankenhausträgers finanziert werden soll,	
11. bei länderübergreifenden Vorhaben zusätzlich die Erklärung,	
a) in welchem Umfang die beteiligten Länder jeweils die Kosten des Vorhabens nach § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes tragen,	
b) in welchem Verhältnis die Fördermittel an die beteiligten Länder auszuzahlen sind,	
c) in welchem Umfang die beteiligten Länder den ihnen zustehenden Anteil nach § 12a Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Anspruch nehmen und	
d) in welchem Umfang die beteiligten Länder jeweils zurückzuzahlende Beträge aufbringen würden.	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
§ 15	§ 15
Auszahlungsbescheide des Bundesversicherungsamts	u n v e r ä n d e r t
(1) Für die Auszahlungsbescheide des Bundesversicherungsamts gilt § 6 Absatz 1 entsprechend.	
(2) Die Bescheide sind mit einem Rückforderungsvorbehalt für den Fall zu versehen, dass die Voraussetzungen für eine Auszahlung der Fördermittel von Anfang an nicht bestanden haben oder nachträglich entfallen sind, der Finanzierungsanteil des Strukturfonds höher als 50 Prozent liegt, das Land nicht mindestens die Hälfte der Ko-Finanzierung nach § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aus eigenen Haushaltsmitteln aufbringt, Beträge nicht zweckentsprechend verwendet worden sind, die Nachweise nach § 17 nicht oder nicht vollständig vorgelegt werden oder die Auswertung nach § 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ergibt, dass die Verpflichtungen nach § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht eingehalten worden sind.	
(3) § 6 Absatz 3 und 4 gilt entsprechend.	
§ 16	§ 16
Rückforderung, Verzinsung und Bewirtschaftung von Fördermitteln	u n v e r ä n d e r t
(1) Das Bundesversicherungsamt macht Rückforderungsansprüche gegenüber den Ländern durch Bescheid geltend, soweit einer der in § 15 Absatz 2 genannten Sachverhalte eingetreten ist. Bei länderübergreifenden Vorhaben sind Rückforderungsansprüche nur gegenüber dem beteiligten Land geltend zu machen, bei dem der die Rückforderung begründende Sachverhalt eingetreten ist. Im Übrigen gilt § 7 Absatz 1 und 2 Satz 2 und 3 sowie Absatz 3 entsprechend.	
(2) Für die Bewirtschaftung der Fördermittel gilt § 9 entsprechend.	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
§ 17	§ 17
Auswertung der Wirkungen der Förderung	u n v e r ä n d e r t
(1) Für die Auswertung der Wirkungen der Förderung übermitteln die zuständigen obersten Landesbehörden dem Bundesversicherungsamt sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zum 1. April eines Jahres, erstmals zum 1. April 2020, für die Vorhaben, für die das Bundesversicherungsamt Fördermittel bewilligt hat,	
1. den Stand der Umsetzung und den voraussichtlichen Abschluss des Vorhabens,	
2. Zwischenergebnisse über die Prüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel oder die begründete Erklärung, dass eine entsprechende Zwischenprüfung nicht erfolgt,	
3. Angaben über die Höhe der ausgezahlten Mittel,	
4. aussagekräftige Unterlagen, aus denen sich ergibt, dass die Bestimmungen des § 12a Absatz 3 Satz 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, insbesondere die Verpflichtungen nach § 12a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eingehalten worden sind und	
5. aussagekräftige Unterlagen zur Höhe des für die Krankenhäuser und die Länder jeweils entstehenden Erfüllungsaufwands.	
(2) Im Übrigen gilt § 8 Absatz 1 Satz 2 und 3 sowie Absatz 2 und 3 entsprechend.	
§ 18	§ 18
Beteiligung der privaten Krankenversicherung	u n v e r ä n d e r t
Im Fall einer Beteiligung der privaten Krankenversicherung an der Förderung nach § 12a Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind diese Mittel dem Strukturfonds zuzuführen. Das Nähere über die Zahlung, Rückzahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils vereinbart das Bundesversicherungsamt mit dem Verband der privaten Krankenversicherungen.“	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 6	**Artikel 6**
Änderung des Infektionsschutzgesetzes	**Änderung des Infektionsschutzgesetzes**
Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. Dem § 16 wird folgender § 15a vorangestellt:
	„§ 15a
	Durchführung der infektionshygienischen und hygienischen Überwachung
	(1) Bei der Durchführung der folgenden infektionshygienischen oder hygienischen Überwachungen unterliegen Personen, die über Tatsachen Auskunft geben können, die für die jeweilige Überwachung von Bedeutung sind, den in Absatz 2 genannten Pflichten und haben die mit der jeweiligen Überwachung beauftragten Personen die in Absatz 3 genannten Befugnisse:
	1. infektionshygienische Überwachung durch das Gesundheitsamt nach § 23 Absatz 6 und 6a,
	2. infektionshygienische Überwachung durch das Gesundheitsamt nach § 36 Absatz 1 und 2,
	3. hygienische Überwachung durch das Gesundheitsamt nach § 37 Absatz 3 und
	4. infektionshygienische Überwachung durch die zuständige Behörde nach § 41 Absatz 1 Satz 2
	(2) Personen, die über Tatsachen Auskunft geben können, die für die Überwachung von Bedeutung sind, sind verpflichtet, den mit der Überwachung beauftragten Personen auf Verlangen die erforderlichen Auskünfte insbesondere über den Betrieb und den Betriebsablauf einschließlich dessen Kontrolle zu erteilen und Unterlagen einschließlich dem tatsächlichen Stand entsprechende technische Pläne vorzulegen. Der Verpflichtete kann die Aus-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	kunft auf solche Fragen verweigern, deren Beantwortung ihn selbst oder einen der in § 52 Absatz 1 der Strafprozessordnung bezeichneten Angehörigen der Gefahr aussetzen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden; Entsprechendes gilt für die Vorlage von Unterlagen.
	(3) Die mit der Überwachung beauftragten Personen sind, soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist, befugt,
	1. Betriebsgrundstücke, Betriebs und Geschäftsräume, zum Betrieb gehörende Anlagen und Einrichtungen sowie Verkehrsmittel zu Betriebs und Geschäftszeiten zu betreten und zu besichtigen,
	2. sonstige Grundstücke sowie Wohnräume tagsüber an Werktagen zu betreten und zu besichtigen,
	3. in die Bücher oder sonstigen Unterlagen Einsicht zu nehmen und hieraus Abschriften, Ablichtungen oder Auszüge anzufertigen,
	4. sonstige Gegenstände zu untersuchen oder
	5. Proben zur Untersuchung zu fordern oder zu entnehmen.
	Der Inhaber der tatsächlichen Gewalt ist verpflichtet, den Beauftragten der zuständigen Behörde oder des Gesundheitsamtes die Grundstücke, Räume, Anlagen, Einrichtungen und Verkehrsmittel sowie sonstigen Gegenstände zugänglich zu machen. Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt.
	(4) Weitergehende Pflichten und Befugnisse, insbesondere unter den Voraussetzungen der §§ 16 oder 17 oder nach den Vorschriften des 5. Abschnitts, bleiben unberührt.“
1. § 23 *Absatz 3 Satz 1 Nummer 7* wird wie folgt *gefasst*:	**2.** § 23 wird wie folgt **geändert**:
	a) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:
„7. Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den Nummern 1 bis 6 genannten Einrichtungen vergleichbar	**entfällt**

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
sind, einschließlich Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden,“.	
	aa) In Nummer 8 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
	bb) In Nummer 9 wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.
	cc) Folgende Nummern 10 und 11 werden angefügt:
	„10. Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden,
	11. ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen.“
	b) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) In Nummer 6 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
	bb) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.
	cc) Folgende Nummer 8 wird angefügt:
	„8. ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen.“
	c) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 6a eingefügt:
	„(6a) Die infektionshygienische Überwachung von ambulanten Pflegediensten, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen, erstreckt sich auch auf Orte, an denen die Intensivpflege erbracht wird. Die ambulanten Pflegedienste haben dem Gesundheitsamt auf dessen Anforderung die Na-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	men und Kontaktdaten der von ihnen versorgten Personen und der vertretungsberechtigten Personen mitzuteilen.“
	d) Absatz 7 wird aufgehoben.
2. § 36 wird wie folgt geändert:	**3.** § 36 wird wie folgt geändert:
	a) Dem Absatz 1 Nummer 7 werden die Wörter „nicht unter § 23 Absatz 5 Satz 1 fallende“ vorangestellt.
	b) Absatz 3 wird aufgehoben.
a) In Absatz 4 Satz 3 werden nach dem Wort „Lunge“ die Wörter „oder auf andere von der obersten Landesgesundheitsbehörde oder der von ihr bestimmten Stelle zugelassene Befunde“ eingefügt.	**c**) u n v e r ä n d e r t
b) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 eingefügt:	**d**) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 eingefügt:
„(6) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung festzulegen, dass Personen, die nach dem 31. Dezember 2018 in die Bundesrepublik Deutschland eingereist sind und die *aufgrund* ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation wahrscheinlich einem erhöhten Infektionsrisiko für bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten ausgesetzt waren, nach ihrer Einreise ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen haben, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen solcher schwerwiegender übertragbarer Krankheiten vorhanden sind, sofern dies zum Schutz der Bevölkerung vor einer Gefährdung durch schwerwiegende übertragbare Krankheiten erforderlich ist; § 34 Absatz 4 gilt entsprechend. Personen, die kein auf Grund der Rechtsverordnung erforderliches ärztliches Zeugnis vorlegen, sind verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf Ausschluss schwerwiegender übertragbarer Krankheiten im Sinne des Satzes 1 zu dulden; Absatz 5 Satz 5 gilt entsprechend. In der Rechtsverordnung nach Satz 1 ist zu bestimmen:	„(6) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung festzulegen, dass Personen, die nach dem 31. Dezember 2018 in die Bundesrepublik Deutschland eingereist sind und die **auf Grund** ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation wahrscheinlich einem erhöhten Infektionsrisiko für bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten ausgesetzt waren, nach ihrer Einreise ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen haben, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen solcher schwerwiegender übertragbarer Krankheiten vorhanden sind, sofern dies zum Schutz der Bevölkerung vor einer Gefährdung durch schwerwiegende übertragbare Krankheiten erforderlich ist; § 34 Absatz 4 gilt entsprechend. Personen, die kein auf Grund der Rechtsverordnung erforderliches ärztliches Zeugnis vorlegen, sind verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf Ausschluss schwerwiegender übertragbarer Krankheiten im Sinne des Satzes 1 zu dulden; Absatz 5 Satz 5 gilt entsprechend. In der Rechtsverordnung nach Satz 1 ist zu bestimmen:
1. das jeweils zugrunde liegende erhöhte Infektionsrisiko im Hinblick auf bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten,	1. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. die jeweils betroffenen Personengruppen unter Berücksichtigung ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation,	2. unverändert
3. Anforderungen an das ärztliche Zeugnis nach Satz 1 und zu der ärztlichen Untersuchung nach Satz 2 sowie	3. unverändert
4. die Frist, innerhalb der das ärztliche Zeugnis nach der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland vorzulegen ist.	4. unverändert
Das Robert Koch-Institut kann zu den Einzelheiten nach Satz 3 Nummer 1 Empfehlungen abgeben. Die Landesregierungen können die Ermächtigung nach Satz 1 durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen.“	Das Robert Koch-Institut kann zu den Einzelheiten nach Satz 3 Nummer 1 Empfehlungen abgeben. Die Landesregierungen können die Ermächtigung nach Satz 1 durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen.“
c) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 7.	**e**) unverändert
d) Nach Absatz 7 wird folgender Absatz 8 eingefügt:	**f**) Nach Absatz 7 wird folgender Absatz 8 eingefügt:
„(8) Die nach § 71 Absatz 1 Satz 1 des Aufenthaltsgesetzes zuständigen Behörden unterrichten unverzüglich die zuständigen Behörden über die Einreise der in der Rechtsverordnung nach Absatz 6 Satz 1 oder in der Rechtsverordnung nach Absatz 7 Satz 1 genannten Personen. Hierzu werden Familienname, *Geburtsname*, Vornamen, Schreibweise der Namen nach deutschem Recht, Geburtsdatum, Geschlecht und Staatsangehörigkeiten sowie die Anschrift im Bundesgebiet übermittelt.“	„(8) Die **mit der polizeilichen Kontrolle des grenzüberschreitenden Verkehrs beauftragten Behörden oder die** nach § 71 Absatz 1 Satz 1 des Aufenthaltsgesetzes zuständigen Behörden unterrichten unverzüglich die zuständigen Behörden über die Einreise der in der Rechtsverordnung nach Absatz 6 Satz 1 oder in der Rechtsverordnung nach Absatz 7 Satz 1 genannten Personen. Hierzu werden Familienname, **Geburts-name**, Vornamen, Schreibweise der Namen nach deutschem Recht, Geburtsdatum, Geschlecht und Staatsangehörigkeiten sowie die Anschrift im Bundesgebiet übermittelt**. Zu diesem Zweck können die mit der polizeilichen Kontrolle des grenzüberschreitenden Verkehrs beauftragten Behörden die gemäß Satz 2 zu übermittelnden Daten bei den in der Rechtsverordnung nach Absatz 6 Satz 1 oder in der Rechtsverordnung nach Absatz 7 Satz 1 genannten Personen erheben**.“
e) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 9 und wie folgt gefasst:	**g**) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 9 und **wird** wie folgt gefasst:
„(9) Durch die Absätze 4 bis 7 wird das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.“.	„(9) Durch die Absätze 4 bis 7 wird das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt**.“**
	4. § 37 Absatz 3 Satz 2 und 3 wird aufgehoben.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
	5. § 41 Absatz 1 Satz 3 bis 5 wird aufgehoben.
3. § 69 Absatz 1 Nummer 11 wird wie folgt gefasst:	**6.** u n v e r ä n d e r t
„11. Kosten für ärztliche Untersuchungen nach § 36 Absatz 5 bis 7.“	
4. In § 73 Absatz 1a *Nummer 19* wird *die Angabe „oder 3,“ durch die Wörter „oder Satz 3, Absatz 6 Satz 2 erster Halbsatz oder Absatz 7 Satz 2 erster Halbsatz“ ersetzt.*	**7.** § 73 Absatz 1a wird **wie folgt geändert:**
	a) Die Nummern 3 bis 5 werden wie folgt gefasst:
	„3. entgegen § 15a Absatz 2 Satz 1, § 16 Absatz 2 Satz 3, auch in Verbindung mit § 25 Absatz 2 Satz 1 oder 2 zweiter Halbsatz oder einer Rechtsverordnung nach § 17 Absatz 4 Satz 1, oder entgegen § 29 Absatz 2 Satz 3, auch in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach § 32 Satz 1, eine Auskunft nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erteilt,
	4. entgegen § 15a Absatz 2 Satz 1, § 16 Absatz 2 Satz 3, auch in Verbindung mit § 25 Absatz 2 Satz 1 oder 2 zweiter Halbsatz oder einer Rechtsverordnung nach § 17 Absatz 4 Satz 1, eine Unterlage nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt,
	5. entgegen § 15a Absatz 3 Satz 2, § 16 Absatz 2 Satz 2, auch in Verbindung mit § 25 Absatz 2 Satz 1 oder einer Rechtsverordnung nach § 17 Absatz 4 Satz 1, oder entgegen § 51 Satz 2 ein Grundstück, einen Raum, eine Anlage, eine Einrichtung, ein Verkehrsmittel oder einen sonstigen Gegenstand nicht zugänglich macht,“.
	b) In Nummer 19 wird die Angabe „oder 3“ durch die Wörter „oder Satz 3, Absatz 6 Satz 2 erster Halbsatz oder Absatz 7 Satz 2 erster Halbsatz“ ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 7	**Artikel 7**
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	**Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**
Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I. S. 3214) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I. S. 3214) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	0. § 11 Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:
	„Ist bei stationärer Behandlung die Anwesenheit einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig, eine Mitaufnahme in die stationäre Einrichtung jedoch nicht möglich, kann die Unterbringung der Begleitperson auch außerhalb des Krankenhauses oder der Vorsorge oder Rehabilitationseinrichtung erfolgen. Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art und Dauer der Leistungen für eine Unterbringung nach Satz 2 nach pflichtgemäßem Ermessen; die Kosten dieser Leistungen dürfen nicht höher sein als die für eine Mitaufnahme der Begleitperson in die stationäre Einrichtung nach Satz 1 anfallenden Kosten.“
1. § 20 Absatz 6 wird wie folgt geändert:	1. u n v e r ä n d e r t
a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:	
„Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c sollen ab dem Jahr 2019 insgesamt für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 7,52 Euro umfassen.“	
b) Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	
„Von diesem Betrag wenden die Krankenkassen für jeden ihrer Versicherten mindestens 2,15 Euro für Leistungen nach § 20a und mindestens 3,15 Euro für Leistungen nach § 20b auf. Von dem Betrag für Leistungen nach § 20b wenden die Krankenkassen für Leistungen nach § 20b, die in Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und in Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
erbracht werden, für jeden ihrer Versicherten mindestens 1 Euro auf.“	
c) Im bisherigen Satz 4 wird die Angabe „1 und 2“ durch die Angabe „1 bis 3“ ersetzt.	
2. In § 20a Absatz 3 Satz 6 wird die Angabe „Satz 3“ durch die Angabe „Satz 5“ ersetzt.	2. unverändert
3. § 20b Absatz 3 wird wie folgt geändert:	3. unverändert
a) In Satz 1 wird nach dem Wort „Unternehmen“ ein Komma und werden die Wörter „insbesondere Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches,“ eingefügt.	
b) In Satz 3 werden nach dem Wort „Unternehmensorganisationen“ die Wörter „und die für die Wahrnehmung der Interessen der Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 oder der Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 oder 2 des Elften Buches auf Landesebene maßgeblichen Verbände“ eingefügt.	
c) In Satz 4 werden nach Wort „Unternehmensorganisationen“ die Wörter „und der für die Wahrnehmung der Interessen der Einrichtungen nach § 107 Absatz 1oder der Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 oder 2 des Elften Buches auf Landesebene maßgeblichen Verbände“ eingefügt.	
4. § 20d Absatz 3 wird wie folgt geändert:	4. unverändert
a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Berichtspflichten“ die Wörter „erstmals zum 31. Dezember 2015“ gestrichen.	
b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:	
„Die Träger nach Absatz 1 vereinbaren auch gemeinsame Ziele zur Erhaltung und zur Förderung der Gesundheit und der Beschäftigungsfähigkeit der Beschäftigten in Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches.“	
5. § 37 wird wie folgt geändert:	5. unverändert
a) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:	
„(2a) Zur pauschalen Abgeltung der Vergütungszuschläge der Pflegekassen nach § 8 Absatz 6 des Elften Buches leisten die Krankenkassen jährlich 640 Millionen Euro an	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhebt hierzu von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“	
b) Der bisherige Absatz 2a wird Absatz 2b.	
6. § 40 wird wie folgt geändert:	6. § 40 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2 Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	a) u n v e r ä n d e r t
„Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, so erbringt die Krankenkasse erforderliche stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht. Für pflegende Angehörige erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation unabhängig davon, ob die Leistung nach Absatz 1 ausreicht. Die Krankenkasse kann für pflegende Angehörige diese stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht.“	
b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
aa) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:	aa) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:
„*Im Fall ihrer* stationären Rehabilitation haben pflegende Angehörige auch Anspruch auf die Versorgung *des* Pflegebedürftigen. *Die Krankenkasse bewilligt und erbringt* die *Leistungen zur Versorgung des* Pflegebedürftigen *nach den Vorschriften des Elften Buches. Hierzu fordert* die Krankenkasse *von* der Pflegekasse *des* Pflegebedürftigen *die notwendigen Unterlagen zur Feststellung* der *erforderlichen Leistungen an. Die Pflegekasse erstattet* der *Krankenkasse die Aufwendungen für die Leistungen nach Satz 3*.“	„**Bei einer** stationären Rehabilitation haben pflegende Angehörige auch Anspruch auf die Versorgung **der** Pflegebedürftigen**, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden**. **Sollen** die Pflegebedürftigen **in einer anderen als in der Einrichtung der pflegenden Angehörigen aufgenommen werden, koordiniert** die Krankenkasse **mit** der Pflegekasse **der** Pflegebedürftigen **deren Versorgung auf Wunsch** der **pflegenden Angehörigen und mit Einwilligung** der **Pflegebedürftigen**.“

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
bb) Im bisherigen Satz 3 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz *6*“ ersetzt.	bb) Im bisherigen Satz 3 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz **4**“ ersetzt.
cc) In den bisherigen Sätzen 7 und 8 wird die Angabe „Satz 6“ jeweils durch die Angabe „Satz *10*“ ersetzt.	cc) In den bisherigen Sätzen 7 und 8 wird **jeweils** die Angabe „Satz 6“ jeweils durch die Angabe „Satz **8**“ ersetzt**.“**
7. Dem § 60 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:	7. Dem § 60 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
„Für Krankenfahrten zur ambulanten *zahnärztlichen oder ambulant fachärztlichen* Behandlung gilt die Genehmigung nach Satz 4 als erteilt, wenn eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:	„Für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung gilt die Genehmigung nach Satz 4 als erteilt, wenn eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:
1. ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“,	1. u n v e r ä n d e r t
2. eine Einstufung gemäß § 15 des Elften Buches in den Pflegegrad 3, 4 oder 5, bei Einstufung in den Pflegegrad 3 zusätzlich eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität, oder	2. u n v e r ä n d e r t
3. eine *den Nummern 1 und* 2 *vergleichbare Beeinträchtigung* der *Mobilität nach Maßgabe der Richtlinie nach § 92 Absatz* 1 *Satz 2 Nummer 12*.“	3. **bis zum 31. Dezember 2016** eine **Einstufung in die Pflegestufe** 2 **gemäß § 15 des Elften Buches in** der **am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung und seit dem** 1. **Januar 2017 mindestens eine Einstufung in den Pflegegrad 3**.“
8. § 87 wird wie folgt geändert:	8. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 2a Satz 17 bis 20 wird wie folgt gefasst:	
„Mit Wirkung zum 1. April 2019 ist durch den Bewertungsausschuss eine Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu treffen, nach der Videosprechstunden in einem weiten Umfang ermöglicht werden. Die im Hinblick auf Videosprechstunden bisher enthaltene Vorgabe von Krankheitsbildern im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen entfällt. Bei der Anpassung sind die Besonderheiten in der Versorgung von Pflegebedürftigen durch Zuschläge und die Besonderheiten in der psychotherapeutischen Versorgung zu berücksichtigen. Die Anpassung erfolgt auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 291g.“	
b) Nach Absatz 2j wird folgender Absatz 2k eingefügt:	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„(2k) Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen sind Videosprechstundenleistungen vorzusehen für die Untersuchung und Behandlung von den in Absatz 2i genannten Versicherten und von Versicherten, an denen zahnärztliche Leistungen im Rahmen eines Vertrages nach § 119b Absatz 1 erbracht werden. Die Videosprechstundenleistungen nach Satz 1 können auch Fallkonferenzen mit dem Pflegepersonal zum Gegenstand haben. § 71 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Anpassung erfolgt auf Grundlage der Vereinbarung nach § 291g.“	
	8a. Dem § 109 wird folgender Absatz 5 angefügt:
	„(5) Ansprüche der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter Leistungen und Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen verjähren in zwei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem sie entstanden sind. Dies gilt auch für Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen, die vor dem 1. Januar 2019 entstanden sind. Satz 1 gilt nicht für Ansprüche der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter Leistungen, die vor dem 1. Januar 2019 entstanden sind. Für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Verjährung gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs entsprechend.“
9. § 119b wird wie folgt geändert:	9. unverändert
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 wird das Wort „sollen“ durch das Wort „haben“ ersetzt und wird nach dem Wort „Leistungserbringern“ das Wort „zu“ eingefügt.	
bb) In Satz 2 werden nach der Angabe „Satz 1“ die Wörter „innerhalb von drei Monaten“ eingefügt.	
cc) Folgender Satz wird angefügt:	
„Stationäre Pflegeeinrichtungen benennen eine verantwortliche Pflegefachkraft für die Zusammenarbeit mit den vertragsärztlichen Leistungserbringern im Rahmen der Verträge nach Satz 1.“	
b) Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 2a und 2b eingefügt:	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„(2a) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 haben erstmals bis zum 30. Juni 2019 im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene verbindliche Anforderungen für die Informations- und Kommunikationstechnik zum elektronischen Datenaustausch im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern nach Absatz 1 Satz 1 zu vereinbaren. In der Vereinbarung können auf Verlangen der für die Interessensvertretung maßgeblichen Verbände auf Bundesebene auch technische Anforderungen an den elektronischen Datenaustausch mit ambulanten Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern, Apotheken sowie mit Heil und Hilfsmittelerbringern berücksichtigt werden. Sobald die Dienste der Telematikinfrastruktur nach § 291a für den Bereich der Altenpflege zur Verfügung stehen, sollen sie in der Vereinbarung berücksichtigt werden.	
(2b) Telemedizinische Dienste, insbesondere Videosprechstunden sollen im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern nach Absatz 1 Satz 1 Verwendung finden.“	
c) Dem Absatz 3 werden die folgenden Sätze angefügt:	
„Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen evaluieren auf Grundlage einer von ihnen zu treffenden Vereinbarung die mit den Kooperationsverträgen nach Absatz 1 verbundenen Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen. Über die Ergebnisse berichten sie der Bundesregierung im Abstand von drei Jahren, erstmals bis zum 30. Juni 2019.“	
	10. § 132a wird wie folgt geändert:
10. In *§ 132a* Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 werden nach dem Wort „Arbeitsentgelte“ die Wörter „sowie erstmals bis zum 30. Juni 2019 Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten in *unterver-*	**a)** In Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 werden nach dem Wort „Arbeitsentgelte“ die Wörter „sowie erstmals bis zum 30. Juni 2019 Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten**, insbesondere** in ländlichen Räumen

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
sorgten ländlichen Räumen durch Zuschläge unter Einbezug der ambulanten Pflege nach dem Elften Buch“ eingefügt.	durch Zuschläge unter Einbezug der ambulanten Pflege nach dem Elften Buch“ eingefügt.
	b) Nach Absatz 4 Satz 6 werden die folgenden Sätze eingefügt:
	„Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden; insoweit gilt § 71 nicht. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten nach Satz 6 jederzeit einzuhalten und sie auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen.“
	10a. § 132d wird wie folgt geändert:
	a) Die Absätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:
	„(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b Absatz 3 erstmals bis zum 30. September 2019 einen einheitlichen Rahmenvertrag über die Durchführung der Leistungen nach § 37b. Den besonderen Belangen von Kindern ist durch einen gesonderten Rahmenvertrag Rechnung zu tragen. In den Rahmenverträgen sind die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und die wesentlichen Elemente der Vergütung festzulegen. Der deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigung der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Rahmenverträge sind in geeigneter Form öffentlich bekannt zu machen. Personen oder Einrichtungen, die die in den Rahmenverträgen festgelegten Voraussetzungen erfüllen, haben Anspruch auf Abschluss eines zur Versorgung berechtigenden Vertrages mit den Krankenkassen einzeln oder ge-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	meinsam nach Maßgabe des Rahmenvertrages nach Satz 1 oder Satz 2 und unter Wahrung des Gleichbehandlungsgrundsatzes. In dem Vertrag nach Satz 6 werden die Einzelheiten der Versorgung festgelegt. Dabei sind die regionalen Besonderheiten angemessen zu berücksichtigen.
	(2) Im Fall der Nichteinigung wird der Inhalt der Verträge nach Absatz 1 durch eine von den jeweiligen Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese im Fall der Rahmenverträge nach Absatz 1 Satz 1 oder Satz 2 vom Bundesversicherungsamt und im Fall der Verträge nach Absatz 1 Satz 6 von der für die vertragschließenden Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung.“
	b) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „Empfehlungen nach Absatz 2“ durch die Wörter „Rahmenverträgen nach Absatz 1“ ersetzt.
	10b. Dem § 136c werden die folgenden Absätze 5 und 6 angefügt:
	„(5) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31. Dezember 2019 Vorgaben zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes. Die besonderen Aufgaben können sich insbesondere ergeben aus
	a) einer überörtlichen und krankenhausübergreifenden Aufgabenwahrnehmung,
	b) der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für Seltene Erkrankungen, oder
	c) der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Zu gewährleisten ist, dass es sich nicht um Aufgaben handelt, die bereits durch Entgelte nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder nach den Regelungen dieses Buches finanziert werden. § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleibt unberührt. Soweit dies für die Erfüllung der besonderen Aufgaben erforderlich ist, sind zu erfüllende Qualitätsanforderungen festzulegen, insbesondere Vorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zu einzuhaltenden Mindestfallzahlen oder zur Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen. Den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen.
	(6) Für Beschlüsse nach den Absätzen 1 bis 5 gilt § 94 entsprechend.“
11. *In* § 137i *Absatz 6 Satz 1* wird *nach den Wörtern „Absatz 1 Satz 1“ ein Komma und werden die Wörter „letztmalig für das Jahr 2019,“ eingefügt.*	11. § 137i wird **wie folgt geändert:**
	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
	„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft überprüfen bis zum 31. August 2019 im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung die in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen und vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung mit Wirkung zum 1. Januar 2020 eine Weiterentwicklung der in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten pflegesensitiven Bereiche in Krankenhäusern sowie der zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen. Darüber hinaus
	1. vereinbaren sie im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 31. August 2019 mit Wirkung zum 1. Januar 2020 Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	für alle gemäß § 108 zugelassenen Krankenhäuser für die pflegesensitiven Bereiche der Neurologie und Herzchirurgie,
	2. legen sie im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 1. Januar eines Jahres, erstmals bis zum 1. Januar 2020 weitere pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern fest, für die sie Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung für alle gemäß § 108 zugelassenen Krankenhäuser bis zum 31. August des jeweils selben Jahres mit Wirkung für das Folgejahr, erstmals bis zum 31. August 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2021 im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung vereinbaren.
	Für jeden pflegesensitiven Bereich im Krankenhaus sind die Pflegepersonaluntergrenzen nach den Sätzen 1 und 2 differenziert nach Schweregradgruppen nach dem jeweiligen Pflegeaufwand, der sich nach dem vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus entwickelten Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand bestimmt, festzulegen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat den Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand zum Zweck der Weiterentwicklung und Differenzierung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern jährlich zu aktualisieren.“
	bb) Im neuen Satz 10 wird das Wort „Vergütungsabschlägen“ durch die Wörter „Sanktionen nach Absatz 5“ ersetzt.
	cc) Im neuen Satz 13 werden die Wörter „Vergütungsabschläge nach Satz 7“ durch die Wörter „Sanktionen nach Satz 10“ und wird die Angabe „30. Juni 2018“ durch die Angabe „31. Januar 2019“ ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 werden die Wörter „den in den Sätzen 4 bis 6 vorgesehenen Verfahrensschritten“ durch die Wörter „dem in Satz 4 vorgesehenen Verfahrensschritt“ ersetzt.
	bb) Die Sätze 4 und 6 werden aufgehoben.
	cc) Im bisherigen Satz 5 wird das Wort „Sie“ durch die Wörter „Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1“ ersetzt, werden die Wörter „oder die Erreichung der konkreten Zeitziele des Zeitplans“ gestrichen und wird nach dem Wort „gefährdet“ das Wort „sind“ durch das Wort „ist“ ersetzt.
	c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
	aa) Satz 1 wird aufgehoben.
	bb) Der neue Satz 1 wird wie folgt gefasst:
	„Das Bundesministerium für Gesundheit kann auf Kosten der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 Datenerhebungen oder Auswertungen in Auftrag geben oder Sachverständigengutachten einholen.“
	cc) Der neue Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
	„Wird das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus beauftragt, sind die notwendigen Aufwendungen des Instituts aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren. Für die Aufgaben, die dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung und nach dieser Vorschrift übertragen sind, gilt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus als von den Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beauftragt. Die notwendigen Aufwendungen des Insti-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	tuts für die Erfüllung dieser Ausgaben sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren, der entsprechend zu erhöhen ist. Für die Aufwendungen des Instituts nach § 137a gilt § 137a Absatz 4 Satz 3 entsprechend.“
	d) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:
	„(3a) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erarbeitet spätestens bis zum 31. Januar 2019 ein Konzept zur Abfrage und Übermittlung von Daten, die für die Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und zugehöriger Pflegepersonaluntergrenzen im Sinne des Absatz 1 als Datengrundlage erforderlich sind. Soweit für die Herstellung der Datengrundlage nicht Daten aller Krankenhäuser erforderlich sind, legt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus in dem Konzept nach Satz 1 auch die Auswahl der Krankenhäuser und die von ihnen zu übermittelnden Daten fest. Die für die Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen erforderlichen Daten, die von den Krankenhäusern nicht bereits nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelt werden, sind erstmals spätestens bis zum 31. Mai 2019 an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf maschinenlesbaren Datenträgern zu übermitteln. Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren Pauschalen, mit denen der Aufwand, der bei den ausgewählten Krankenhäusern bei der Übermittlung der Daten nach Satz 2 entsteht, abgegolten wird. Die Pauschalen sollen in Abhängigkeit von Anzahl und Qualität der übermittelten Datensätze gezahlt werden. Die Pauschalen nach Satz 4 sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren, der entsprechend zu erhöhen ist. Das Institut bereitet diese Daten in einer Form auf, die eine stations- und schichtbezogene sowie eine nach dem Pflegeaufwand gemäß Absatz 1

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Satz 3 entsprechend differenzierte Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen ermöglicht und stellt sie für die Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und zugehöriger Pflegepersonaluntergrenzen im Sinne des Absatz 1 zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 zur Verfügung.“
	e) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
	aa) In den Sätzen 1 und 4 werden die Wörter „Personalgruppen und“ jeweils gestrichen.
	bb) In Satz 5 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 8“ ersetzt.
	cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:
	„Die Krankenhäuser teilen zusätzlich den jeweiligen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus einmal je Quartal die Anzahl der Schichten mit, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen nach § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung oder nach den Vorgaben einer Vereinbarung der Vertragsparteien nach Absatz 1 nicht eingehalten worden sind. Die Mitteilung muss spätestens bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Beginn des folgenden Quartals, aufgeschlüsselt nach Monaten und nach der Art der Schicht erfolgen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 und den jeweils zuständigen Landesbehörden einmal je Quartal eine Zusammenstellung der Angaben nach Satz 6.“
	f) Nach Absatz 4 werden die folgenden Absätze 4a bis 4c eingefügt:
	„(4a) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht bis zum 15. Februar eines Jahres, erstmals zum 15. Februar 2019 auf seiner Internetseite für jedes Krankenhaus unter Nennung des Namens und des Institutions-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	kennzeichens des jeweiligen Krankenhauses und soweit möglich für jeden Standort eines Krankenhauses gesondert
	1. die Angaben der Krankenhäuser über die pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern, die diese aufgrund der in § 5 Absatz 3 und 4 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung oder in einer Vereinbarung der Vertragsparteien nach Absatz 1 übermittelt haben,
	2. die jeweils geltenden Pflegepersonaluntergrenzen und
	3. den auf der Grundlage des Katalogs zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand ermittelten Pflegeaufwand in den pflegesensitiven Bereichen in den Krankenhäusern.
	Der Standort eines Krankenhauses bestimmt sich nach § 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist.
	(4b) Für Krankenhäuser, die ihre nach § 5 Absatz 3 und 4 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung oder in einer Vereinbarung der Vertragsparteien nach Absatz 1 festgelegten Mitteilungspflichten nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllen, ist durch die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes ein Vergütungsabschlag zu vereinbaren.
	(4c) Widerspruch und Klage gegen die Ermittlung der pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern und gegen die für die pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen haben keine aufschiebende Wirkung.“
	g) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„(5) Hält ein Krankenhaus die nach Absatz 1 oder in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen nicht ein, ohne dass ein nach Absatz 1 Satz 9 oder in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung bestimmter Ausnahmetatbestand vorliegt oder die Voraussetzungen einer nach Absatz 1 Satz 9 oder in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung bestimmten Übergangsregelung erfüllt sind, haben die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes ab dem 1. April 2019 entsprechend der Bestimmung nach Absatz 1 Satz 10 Sanktionen in Form von Vergütungsabschlägen oder einer Verringerung der Fallzahl zu vereinbaren. Verringerungen der Fallzahl sind mindestens in dem Umfang zu vereinbaren, der erforderlich ist, um die Unterschreitung der jeweiligen Pflegepersonaluntergrenze auszugleichen. Vergütungsabschläge sind in einer Höhe zu vereinbaren, die in einem angemessenen Verhältnis zum Grad der Nichteinhaltung der jeweiligen Pflegepersonaluntergrenze steht. Die in Satz 1 genannten Sanktionen können durch die Vereinbarung von Maßnahmen ergänzt werden, die das Krankenhaus zur Gewinnung zusätzlichen Pflegepersonals zu ergreifen hat. In begründeten Ausnahmefällen können die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbaren, dass bereits vereinbarte Sanktionen ausgesetzt werden.“
	h) In Absatz 6 Satz 1 wird nach den Wörtern „Absatz 1 Satz 1“ ein Komma und werden die Wörter „nur für das Jahr 2019,“ eingefügt.
12. Nach § 137i wird folgender § 137j eingefügt:	12. Nach § 137i wird folgender § 137j eingefügt:
„§ 137j	„§ 137j
Pflegepersonalquotienten, Verordnungsermächtigung	Pflegepersonalquotienten, Verordnungsermächtigung
(1) Zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser und Sicherung der pflegerischen Versorgungsqualität ermittelt das	(1) Zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser und Sicherung der pflegerischen Versorgungsqualität ermittelt das

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus jährlich, erstmals zum 31. Mai 2020 für jedes nach § 108 zugelassene Krankenhaus einen Pflegepersonalquotienten, der das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte *im Pflegedienst* zu dem Pflegeaufwand eines Krankenhauses beschreibt. Für die Zahl der Vollzeitkräfte *im Pflegedienst* sind die dem Institut nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten zu Grunde zu legen, mit Ausnahme der den Mindestvorgaben zu Personalausstattung nach § 136a Absatz 2 Satz 2 unterfallenden Vollzeitkräfte *im Pflegedienst*. Für die Ermittlung des Pflegeaufwands erstellt das Institut bis zum 31. Mai 2020 einen Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands, mit dem für die Entgelte nach § 17b Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes tagesbezogen die durchschnittlichen pflegerischen Leistungen abbildbar sind. Das Institut aktualisiert den Katalog jährlich und veröffentlicht ihn auf seiner Internetseite. Für die Ermittlung des Pflegeaufwands ermittelt das Institut auf der Grundlage dieses Katalogs aus den ihm nach § 21 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten für *jedes Krankenhaus* die Summe seiner Bewertungsrelationen. Das Institut übermittelt eine vergleichende Zusammenstellung der Pflegepersonalquotienten der einzelnen Krankenhäuser nach Satz 1 an das Bundesministerium für Gesundheit sowie an die Vertragsparteien nach § 9 des Krankenhausentgeltgesetzes. Die Vertragsparteien nach § 9 des Krankenhausentgeltgesetzes leiten die Zusammenstellung an die betroffenen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und an die jeweils zuständigen Landesbehörden weiter.	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus jährlich, erstmals zum 31. Mai 2020 für jedes nach § 108 zugelassene Krankenhaus einen Pflegepersonalquotienten, der das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte **in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen** zu dem Pflegeaufwand eines Krankenhauses beschreibt. **Der Pflegepersonalquotient ist für jeden Standort eines Krankenhauses zu ermitteln. Der Standort eines Krankenhauses bestimmt sich nach § 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist.** Für die Zahl der **in Satz 1 genannten** Vollzeitkräfte sind die dem Institut nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten zu Grunde zu legen, mit Ausnahme der den Mindestvorgaben zu Personalausstattung nach § 136a Absatz 2 Satz 2 unterfallenden Vollzeitkräfte **in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen**. Für die Ermittlung des Pflegeaufwands erstellt das Institut bis zum 31. Mai 2020 einen Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands, mit dem für die Entgelte nach § 17b Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes tagesbezogen die durchschnittlichen pflegerischen Leistungen abbildbar sind. Das Institut aktualisiert den Katalog jährlich und veröffentlicht ihn auf seiner Internetseite. Für die Ermittlung des Pflegeaufwands ermittelt das Institut auf der Grundlage dieses Katalogs aus den ihm nach § 21 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten für **jeden Standort eines Krankenhauses** die Summe seiner Bewertungsrelationen. Das Institut übermittelt eine vergleichende Zusammenstellung der Pflegepersonalquotienten der einzelnen Krankenhäuser nach Satz 1 an das Bundesministerium für Gesundheit sowie an die Vertragsparteien nach § 9 des Krankenhausentgeltgesetzes. Die Vertragsparteien nach § 9 des Krankenhausentgeltgesetzes leiten die Zusammenstellung an die betroffenen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und an die jeweils zuständigen Landesbehörden weiter.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(2) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, auf der Grundlage der durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach Absatz 1 ermittelten Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Untergrenze für das erforderliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegeaufwand festzulegen, bei der widerlegbar vermutet wird, dass eine nicht patientengefährdende pflegerische Versorgung noch gewährleistet ist. *Die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes haben erstmals für das Budgetjahr 2020 Sanktionen für* den Fall *zu vereinbaren*, dass *ein Krankenhaus* die festgelegte Untergrenze unterschreitet. Die Rechtsverordnung nach Satz 1 regelt das Nähere	(2) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, auf der Grundlage der durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach Absatz 1 ermittelten Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Untergrenze für das erforderliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegeaufwand festzulegen, bei der widerlegbar vermutet wird, dass eine nicht patientengefährdende pflegerische Versorgung noch gewährleistet ist. **Für** den Fall, dass **der Pflegepersonalquotient eines Krankenhauses** die **in der Rechtsverordnung nach Satz 1** festgelegte Untergrenze unterschreitet**, vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die Vertragspartner nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes die Höhe und nähere Ausgestaltung der Sanktionen nach Absatz 2a. Kommt eine Vereinbarung über die Sanktionen nach Satz 2 bis zum 30. Juni 2019 nicht zustande, trifft die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei nach Satz 2 innerhalb von sechs Wochen die ausstehenden Entscheidungen.** Die Rechtsverordnung nach Satz 1 regelt das Nähere
1. zur Festlegung der Untergrenze, die durch den Pflegepersonalquotienten eines Krankenhauses nicht unterschritten werden darf,	1. zur Festlegung der Untergrenze, die durch den Pflegepersonalquotienten eines Krankenhauses nicht unterschritten werden darf **und**
2. zu den für das Budgetjahr 2020 nach Satz 2 von den Vertragspartnern nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbarenden Sanktionen; dabei kann auch ein stufenweiser Eintritt der Sanktionen vorgesehen werden,	**entfällt**
3. zur Veröffentlichung der Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser.	**2.** unverändert
Das Bundesministerium für Gesundheit prüft spätestens nach Ablauf von drei Jahren die Notwendigkeit einer Anpassung der Untergrenze. In der Rechtsverordnung nach Satz 1 kann auch geregelt werden, dass die nach Satz 2 von den Vertragspartnern nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Sanktionen vorübergehend aus-	Das Bundesministerium für Gesundheit prüft spätestens nach Ablauf von drei Jahren die Notwendigkeit einer Anpassung der Untergrenze. In der Rechtsverordnung nach Satz 1 kann auch geregelt werden, dass die nach Satz 2 von den Vertragspartnern nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Sanktionen vorübergehend ausgesetzt werden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
gesetzt werden. *Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach § 136a Absatz 2 Satz 2 bleiben unberührt.*	
	(2a) Unterschreitet der Pflegepersonalquotient eines Krankenhauses die in der Rechtsverordnung nach Absatz 2 Satz 1 festgelegte Untergrenze, haben die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 2 erstmals für das Budgetjahr 2020 Sanktionen in Form von Vergütungsabschlägen oder einer Verringerung der Fallzahl zu vereinbaren. Verringerungen der Fallzahl sind mindestens in dem Umfang zu vereinbaren, der erforderlich ist, um die Unterschreitung des Pflegepersonalquotienten auszugleichen. Vergütungsabschläge sind in einer Höhe zu vereinbaren, die in einem angemessenen Verhältnis zum Grad der Unterschreitung steht. Die in Satz 1 genannten Sanktionen können durch die Vereinbarung von Maßnahmen ergänzt werden, die das Krankenhaus zur Gewinnung zusätzlichen Pflegepersonals zu ergreifen hat. In begründeten Ausnahmefällen können die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbaren, dass bereits vereinbarte Sanktionen vorübergehend ausgesetzt werden.
(3) Für die Aufgaben nach Absatz 1 gilt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus als von den Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beauftragt. Die notwendigen Aufwendungen des Instituts für die Erfüllung dieser Aufgaben sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren.“	(3) Für die Aufgaben nach Absatz 1 gilt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus als von den Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beauftragt. Die notwendigen Aufwendungen des Instituts für die Erfüllung dieser Aufgaben sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren**, der erforderlichenfalls entsprechend zu erhöhen ist**.“
13. § 221 Absatz 3 wird wie folgt geändert:	13. unverändert
a) In Satz 1 Nummer 2 wird das Semikolon und werden die Wörter „solange der Anteil noch nicht feststeht, ist er vorläufig auf 1 Million Euro für das Haushaltsjahr festzulegen“ gestrichen.	
b) Die folgenden Sätze werden angefügt:	
„Der auf die landwirtschaftliche Krankenkasse nach Satz 1 Nummer 2 entfallende Anteil an den Mitteln für den Strukturfonds	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird nach Vorliegen der Geschäfts und Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds für das abgelaufene Kalenderjahr festgesetzt und mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse abgerechnet. Solange der Anteil noch nicht feststeht, kann das Bundesversicherungsamt einen vorläufigen Betrag festsetzen. Das Nähere zur Festsetzung des Betrags und zur Abrechnung mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse bestimmt das Bundesversicherungsamt.“	
14. § 271 Absatz 2 Satz *6* wird wie folgt gefasst:	14. § 271 Absatz 2 Satz **7** wird wie folgt gefasst:
„Zur Finanzierung der Fördermittel nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden dem Strukturfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2016 Finanzmittel in Höhe von bis zu 500 Millionen Euro und in den Jahren 2019 bis 2022 Finanzmittel in Höhe von bis zu 500 Millionen Euro jährlich, jeweils abzüglich des anteiligen Betrags der landwirtschaftlichen Krankenkassen gemäß § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 und Satz 5 und 6 zugeführt, soweit die Fördermittel von den Ländern nach Maßgabe der §§ 12 bis 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerufen werden.“	u n v e r ä n d e r t
15. In 275b Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „Die Landesverbände der Krankenkassen“ die Wörter „und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich“ eingefügt.	15. u n v e r ä n d e r t
	15a. § 291 Absatz 2b wird wie folgt geändert:
	a) In Satz 14 wird die Angabe „1. Juli 2018“ durch die Angabe „1. Januar 2019“ ersetzt.
	b) Folgende Sätze werden angefügt:
	„Von der Kürzung nach Satz 14 ist bis zum 30. Juni 2019 abzusehen, wenn der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt oder Zahnarzt oder die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Einrichtung gegenüber der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachweist, bereits vor dem 1. April 2019 die Anschaffung der für die Prüfung nach Satz 3 erforderlichen Ausstattung vertraglich vereinbart zu haben. Die zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Ärzte, die in einem

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Krankenhaus tätig sind, ermächtigte Krankenhäuser und die nach § 75 Absatz 1b Satz 3 aufgrund einer Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung in den Notdienst einbezogenen zugelassenen Krankenhäuser sind von der Kürzung nach Satz 14 bis zum 31. Dezember 2019 ausgenommen.“
16. Dem § 291g wird folgender Absatz 5 angefügt:	16. u n v e r ä n d e r t
„(5) Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren die Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden gemäß § 87 Absatz 2k. Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die Vereinbarung bis zum 30. September 2019 zu treffen ist.“	
	16a. Dem § 295 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
	„Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information kann bei Auslegungsfragen zu den Diagnosenschlüsseln nach Satz 2 und den Prozedurenschlüsseln nach Satz 4 Klarstellungen und Änderungen mit Wirkung auch für die Vergangenheit vornehmen, soweit diese nicht zu erweiterten Anforderungen an die Verschlüsselung erbrachter Leistungen führen.“
17. § 301 wird wie folgt geändert:	17. § 301 wird wie folgt geändert:
	a0) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:
	„Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information kann bei Auslegungsfragen zu den Diagnosenschlüsseln nach Satz 1 und den Prozedurenschlüsseln nach Satz 2 Klarstellungen und Änderungen mit Wirkung auch für die Vergangenheit vornehmen, soweit diese nicht zu erweiterten Anforderungen an die Verschlüsselung erbrachter Leistungen führen.“
a) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:	a) u n v e r ä n d e r t
„(2a) Die Krankenkassen haben den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern einen bestehenden Pflegegrad gemäß § 15 des	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Elften Buches eines Patienten oder einer Patientin unverzüglich zu übermitteln, sobald ihnen das Krankenhaus anzeigt, dass es den Patienten oder die Patientin zur Behandlung aufgenommen hat. Während des Krankenhausaufenthaltes eines Patienten oder einer Patientin haben die Krankenkassen dem Krankenhaus Änderungen eines bestehenden Pflegegrades des Patienten oder der Patientin sowie beantragte Einstufungen in einen Pflegegrad durch einen Patienten oder eine Patientin zu übermitteln. Die Übermittlung nach den Sätzen 1 und 2 hat im Wege elektronischer Datenübertragung zu erfolgen.“	
b) In Absatz 3 werden nach dem Wort „Datenträgern“ die Wörter „sowie das Nähere zum Verfahren und zu den Zeitabständen der Übermittlung im Wege elektronischer Datenübertragungen nach Absatz 2a“ eingefügt.	b) u n v e r ä n d e r t
	18. In § 324 Satz 2 wird die Angabe „31. März 2019“ durch die Angabe „31. März 2020“ ersetzt.
	19. § 324 wird aufgehoben.
	20. Folgender § 325 wird angefügt:
	„§ 325
	Übergangsregelung zur Neuregelung der Verjährungsfrist für die Ansprüche von Krankenhäusern und Krankenkassen
	Die Geltendmachung von Ansprüchen der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen ist ausgeschlossen, soweit diese vor dem 1. Januar 2017 entstanden sind und bis zum [einfügen: Tag der 2./3. Lesung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes] nicht gerichtlich geltend gemacht wurden.“

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
Artikel 8	**Artikel 8**
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	**u n v e r ä n d e r t**
Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 8c des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. § 8 Absatz 10 wird wie folgt geändert:	
a) Die Sätze 3 und 4 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:	
„Die jährliche Fördersumme für das Krankenhaus ist von den Vertragsparteien nach § 11 zu ermitteln, indem der Anteil der Personalkosten des Krankenhauses für das Pflegepersonal an den Personalkosten für das Pflegepersonal aller Krankenhäuser im Anwendungsbereich dieses Gesetzes errechnet wird und dieser krankenhausindividuelle Anteil auf die jährlich bundesweit zur Verfügung stehende Fördersumme von 500 Millionen Euro bezogen wird. Grundlage für die Personalkosten für das Pflegepersonal aller Krankenhäuser nach Satz 3 sind jeweils die vom Statistischen Bundesamt in der Fachserie 12 Reihe 6.1 ausgewiesenen Vollzeitstellen in der Pflege mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus. Von diesen Vollzeitstellen sind die ausgewiesenen Vollzeitstellen in Einrichtungen der Psychiatrie und der Psychosomatik sowie in Krankenhäusern ohne Versorgungsvertrag abzuziehen. Die nach den Sätzen 4 und 5 ermittelte Zahl der Vollzeitstellen ist zu multiplizieren mit den in der Fachserie 12 Reihe 6.3 ausgewiesenen bundesdurchschnittlichen Kosten pro Pflegekraft jeweils für das Jahr, das zwei Jahre vor dem Jahr liegt, in dem der Pflegezuschlag für das Folgejahr zu vereinbaren ist. Grundlage für die Personalkosten für Pflegepersonal des einzelnen Krankenhauses sind die Vollzeitstellen in der Pflege mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus, die für dasselbe Jahr vom Krankenhaus an das Statistische Landesamt übermittelt wurden und die Eingang in die Statistik gefunden haben. Von diesen Vollzeitstellen	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
sind die ausgewiesenen Vollzeitstellen in seinen Fachabteilungen der Psychiatrie und der Psychosomatik abzuziehen. Die nach den Sätzen 7 und 8 ermittelte Zahl der Vollzeitstellen ist zu multiplizieren mit den in der Fachserie 12 Reihe 6.3 ausgewiesenen durchschnittlichen Kosten pro Pflegekraft im jeweiligen Land.“	
b) Der neue Satz 10 wird aufgehoben.	
c) Folgender Satz wird angefügt:	
„Der Pflegezuschlag ist bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die vor dem 1. Januar 2020 zur vollstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden.“	
2. § 10 wird wie folgt geändert:	
a) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Nummer 6 werden nach der Angabe „3c“ die Wörter „sowie Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung“ eingefügt.	
bb) In Nummer 7 werden die Wörter „Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung und die“ gestrichen.	
b) In Absatz 8 Satz 7 werden im zweiten Halbsatz die Wörter „Zuschlägen für die Teilnahme an der Notfallversorgung und“ gestrichen.	
Artikel 9	**Artikel 9**
Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	**Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**
Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 8 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 8 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Nach § 3 Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:	1. u n v e r ä n d e r t
„3a. ein Pflegebudget nach § 6a,“.	
2. § 4 wird wie folgt geändert:	2. § 4 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2a wird aufgehoben.	a) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
b) Der bisherige Absatz 2b wird Absatz 2a und wie folgt geändert:	b) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 werden die Wörter „erstmals für das Jahr 2017, der Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Absatz 13 anzuwenden“ durch die Wörter „ein jeweils für drei Jahre zu erhebender Vergütungsabschlag von 35 Prozent (Fixkostendegressionsabschlag) anzuwenden“ ersetzt.	
bb) Satz 2 wird aufgehoben.	
cc) In den bisherigen Sätzen 3 und 4 werden die Wörter „oder Satz 2“ jeweils gestrichen.	
dd) Der bisherige Satz 7 wird aufgehoben.	
ee) Im bisherigen Satz 8 werden die Wörter „darüber hinaus“ gestrichen.	
ff) Der bisherige Satz 9 wird aufgehoben.	
c) Absatz 4 Satz 2 wird aufgehoben.	c) u n v e r ä n d e r t
d) Absatz 8 wird wie folgt geändert:	d) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 werden die Wörter „2016 bis 2018 zu 90 Prozent finanziell gefördert“ durch die Wörter „ab dem Jahr 2019 vollständig finanziert“ ersetzt.	
bb) Die Sätze 2 bis 4 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:	
„Dazu vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 jährlich einen zusätzlichen Betrag. Wurde für Kalenderjahre ab dem Jahr 2016 bereits ein Betrag vereinbart, wird dieser um einen für das Folgejahr neu vereinbarten Betrag kumulativ erhöht, soweit zusätzliche Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen vereinbart werden.“	
cc) Im neuen Satz 4 werden die Wörter „zum Bestand der entsprechend umgerechneten Vollkräfte am 1. Januar 2015“ durch die Wörter „zu dem zum 31. Dezember 2018 festgestellten jahresdurchschnittlichen Bestand umgerechneter Vollzeitkräfte“ ersetzt.	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
dd) Im neuen Satz 5 werden die Wörter „Sätzen 2 bis 5“ durch die Wörter „Sätzen 2 bis 4“ ersetzt.	
ee) Der neue Satz 8 wird wie folgt gefasst:	
„Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen nicht umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; wird die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich gemindert, ist der zusätzliche Betrag entsprechend dem darauf entfallenden Anteil der Finanzierung zu mindern.“	
ff) Nach dem neuen Satz 8 wird folgender Satz eingefügt:	
„Für die Prüfung einer notwendigen Rückzahlung oder Minderung hat der Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien folgende Bestätigungen des Jahresabschlussprüfers vorzulegen:	
1. einmalig eine Bestätigung über die zum 31. Dezember 2018 festgestellte jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in der Pflege insgesamt und in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich, jeweils differenziert in Voll und Teilzeitkräfte und umgerechnet in Vollzeitkräfte,	
2. eine Bestätigung über die im jeweiligen Förderjahr in der Pflege insgesamt und in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich zum 31. Dezember festgestellte jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung, jeweils differenziert in Voll und Teilzeitkräfte und umgerechnet in Vollzeitkräfte, und	
3. eine Bestätigung über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel.“	
gg) Satz 12 wird wie folgt gefasst:	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
„Die Mittel, die vom Krankenhaus für Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen insgesamt vereinbart wurden, werden bei der Vereinbarung des Pflegebudgets nach § 6a für das Jahr 2020 berücksichtigt.“	
e) Nach Absatz 8 wird folgender Absatz 8a eingefügt:	e) Nach Absatz 8 wird folgender Absatz 8a eingefügt:
„(8a) Mit dem Ziel, Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal zusätzlich zu fördern, werden für die Jahre 2019 bis 2024 geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zu 50 Prozent finanziell gefördert. Zu diesem Zweck *können* die Vertragsparteien nach § 11 einen zusätzlichen Betrag *vereinbaren*, der im Jahr 2019 0,1 Prozent und in den Jahren 2020 bis 2024 jährlich 0,12 Prozent des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 nicht überschreiten darf. Wurde für ein Kalenderjahr ein Betrag nicht vereinbart, so kann für das Folgejahr ein zusätzlicher Betrag bis zur Summe der für beide Jahre geltenden Beträge vereinbart werden. Voraussetzung für diese Förderung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass es aufgrund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf ergreift. Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 2 bis 4 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und auf die Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a finanziert und gesondert in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen; für die Ermittlung der Höhe des Zuschlags, für die Konfliktlösung durch die Schiedsstelle nach § 13 und für die Vorgaben zur Rückzahlung von nicht in Anspruch genommenen Mitteln oder die Minderung von nur zeitweise in Anspruch genommenen Mitteln gilt Absatz 8 Satz 6 bis 8 entsprechend. Der Krankenhausträger hat den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen,	„(8a) Mit dem Ziel, Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal zusätzlich zu fördern, werden für die Jahre 2019 bis 2024 geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zu 50 Prozent finanziell gefördert. Zu diesem Zweck **vereinbaren** die Vertragsparteien nach § 11 **auf Verlangen des Krankenhauses** einen zusätzlichen Betrag, der im Jahr 2019 0,1 Prozent und in den Jahren 2020 bis 2024 jährlich 0,12 Prozent des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 nicht überschreiten darf. Wurde für ein Kalenderjahr ein Betrag nicht vereinbart, so kann für das Folgejahr ein zusätzlicher Betrag bis zur Summe der für beide Jahre geltenden Beträge vereinbart werden. Voraussetzung für diese Förderung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass es aufgrund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf ergreift. Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 2 bis 4 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und auf die Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a finanziert und gesondert in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen; für die Ermittlung der Höhe des Zuschlags, für die Konfliktlösung durch die Schiedsstelle nach § 13 und für die Vorgaben zur Rückzahlung von nicht in Anspruch genommenen Mitteln oder die Minderung von nur zeitweise in Anspruch genommenen Mitteln gilt Absatz 8 Satz 6 bis 8 entsprechend. Der Krankenhausträger hat den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresab-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
aus der hervorgeht, inwieweit die zusätzlichen Mittel zweckentsprechend für die geförderten Maßnahmen nach Satz 1 verwendet wurden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich bis zum 30. Juni, erstmals im Jahr 2020, über die Art und die Anzahl der geförderten Maßnahmen nach Satz 1 sowie über den Umfang von Neueinstellungen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen, zu denen es aufgrund der geförderten Maßnahmen kommt. Die Vorgaben nach Absatz 8 Satz 11 zur Übermittlung von Informationen für die Berichterstattung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie nach § 5 Absatz 4 Satz 5 zum vollständigen Ausgleich von entstehenden Mehr oder Mindererlösen gelten entsprechend.“	schlussprüfers vorzulegen, aus der hervorgeht, inwieweit die zusätzlichen Mittel zweckentsprechend für die geförderten Maßnahmen nach Satz 1 verwendet wurden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich bis zum 30. Juni, erstmals im Jahr 2020, über die Art und die Anzahl der geförderten Maßnahmen nach Satz 1 sowie über den Umfang von Neueinstellungen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen, zu denen es aufgrund der geförderten Maßnahmen kommt. Die Vorgaben nach Absatz 8 Satz 11 zur Übermittlung von Informationen für die Berichterstattung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie nach § 5 Absatz 4 Satz 5 zum vollständigen Ausgleich von entstehenden Mehr oder Mindererlösen gelten entsprechend.“
f) Absatz 9 wird wie folgt geändert:	f) unverändert
aa) In Satz 1 werden im Satzteil vor der Aufzählung nach dem Wort „Infektionsprävention“ die Wörter „(Bundesgesundheitsblatt 2009 S. 951 und Bundesgesundheitsblatt 2016 S. 1183)“ eingefügt.	
bb) In Satz 6 werden die Wörter „Satz 4 und 7“ durch die Wörter „Satz 3 und 6“ ersetzt.	
cc) Folgender Satz wird angefügt:	
„Der Betrag nach Satz 4 darf keine Pflegepersonalkosten enthalten, die über das Pflegebudget finanziert werden.“	
3. § 6 wird wie folgt geändert:	3. unverändert
a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	
aa) Satz 5 wird wie folgt gefasst:	
„Wird eine Erhöhungsrate für Tariferhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbart, so ist die von den Vertragsparteien vereinbarte Erlössumme um 40 Prozent dieser Erhöhungsrate zu erhöhen, erstmals für das Jahr 2018, wobei der Erhöhungsbetrag über das Budget des nächstmöglichen Pflegesatzzeitraums abzuwickeln ist; für diese Erhö-	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
hung der Erlössumme gilt keine Begrenzung durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1.“	
bb) Folgender Satz wird angefügt:	
„Die Erlössumme ist insoweit zu vermindern, als sie Pflegepersonalkosten umfasst, die über das Pflegebudget nach § 6a finanziert werden.“	
b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:	
„(4) Auf Verlangen der besonderen Einrichtung werden Leistungen für ausländische Patientinnen und Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, sowie Leistungen für Empfängerinnen und Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nicht im Rahmen der Erlössumme vergütet.“	
4. Nach § 6 wird folgender § 6a eingefügt:	4. Nach § 6 wird folgender § 6a eingefügt:
„§ 6a	„§ 6a
Vereinbarung eines Pflegebudgets	Vereinbarung eines Pflegebudgets
(1) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten nach § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, die dem einzelnen Krankenhaus entstehen, ein Pflegebudget. Das Pflegebudget umfasst nicht	(1) u n v e r ä n d e r t
1. die Entgelte, die im Erlösbudget nach § 4 oder in der Erlössumme nach § 6 Absatz 3 berücksichtigt werden,	
2. die Zu und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4,	
3. die Entgelte nach § 6 Absatz 2 und	
4. die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern.	
Das Pflegebudget ist zweckgebunden für die Finanzierung der Pflegepersonalkosten nach Satz 1 zu verwenden. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.	
(2) Ausgangsgrundlage für die Ermittlung des Pflegebudgets ist die Summe der im Vorjahr für das jeweilige Krankenhaus entstandenen Pfle-	(2) Ausgangsgrundlage für die Ermittlung des Pflegebudgets ist die Summe der im Vorjahr für das jeweilige Krankenhaus entstandenen Pfle-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
gepersonalkosten. Bei der Ermittlung sind weiterhin die für das Vereinbarungsjahr zu erwartenden Veränderungen gegenüber dem Vorjahr zu berücksichtigen, insbesondere bei der Zahl und der beruflichen Qualifikation der Pflegevollkräfte sowie bei der Kostenentwicklung. Weichen die tatsächlichen Pflegepersonalkosten von den vereinbarten Pflegepersonalkosten ab, sind die Mehr oder Minderkosten bei der Vereinbarung der Pflegebudgets für das auf das Vereinbarungsjahr folgende Jahr zu berücksichtigen, indem das Pflegebudget für das Vereinbarungsjahr berichtigt wird und Ausgleichszahlungen für das Vereinbarungsjahr geleistet werden. Das Pflegebudget ist in seiner Entwicklung nicht durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 begrenzt. Die Wirtschaftlichkeit der dem einzelnen Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten wird nicht geprüft; die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen gilt als wirtschaftlich, für eine darüber hinausgehende Vergütung bedarf es eines sachlichen Grundes. Sofern das Krankenhaus ab dem Jahr 2020 Maßnahmen ergreift, die zu einer Entlastung von Pflegepersonal in der Patientenversorgung führen, ist von den Vertragsparteien nach § 11 zu vereinbaren, inwieweit hierdurch ohne eine Beeinträchtigung der Patientensicherheit Pflegepersonalkosten eingespart werden. Die Höhe der eingesparten Pflegepersonalkosten ist im Pflegebudget in einer Höhe von bis zu *fünf* Prozent des Pflegebudgets erhöhend zu berücksichtigen. Die Pflegepersonalkosten einsparende Wirkung von Maßnahmen nach Satz 6 ist vom Krankenhaus zu begründen und die Durchführung der Maßnahmen ist nachzuweisen.	gepersonalkosten. Bei der Ermittlung sind weiterhin die für das Vereinbarungsjahr zu erwartenden Veränderungen gegenüber dem Vorjahr zu berücksichtigen, insbesondere bei der Zahl und der beruflichen Qualifikation der Pflegevollkräfte sowie bei der Kostenentwicklung. Weichen die tatsächlichen Pflegepersonalkosten von den vereinbarten Pflegepersonalkosten ab, sind die Mehr oder Minderkosten bei der Vereinbarung der Pflegebudgets für das auf das Vereinbarungsjahr folgende Jahr zu berücksichtigen, indem das Pflegebudget für das Vereinbarungsjahr berichtigt wird und Ausgleichszahlungen für das Vereinbarungsjahr geleistet werden. Das Pflegebudget ist in seiner Entwicklung nicht durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 begrenzt. Die Wirtschaftlichkeit der dem einzelnen Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten wird nicht geprüft; die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen gilt als wirtschaftlich, für eine darüber hinausgehende Vergütung bedarf es eines sachlichen Grundes. Sofern das Krankenhaus ab dem Jahr 2020 Maßnahmen ergreift **oder bereits ergriffene Maßnahmen fortsetzt**, die zu einer Entlastung von Pflegepersonal in der **unmittelbaren** Patientenversorgung **auf bettenführenden Stationen** führen, ist von den Vertragsparteien nach § 11 zu vereinbaren, inwieweit hierdurch ohne eine Beeinträchtigung der Patientensicherheit Pflegepersonalkosten eingespart werden. Die Höhe der eingesparten Pflegepersonalkosten ist im Pflegebudget in einer Höhe von bis zu **drei** Prozent des Pflegebudgets erhöhend zu berücksichtigen. Die Pflegepersonalkosten einsparende Wirkung von Maßnahmen nach Satz 6 ist vom Krankenhaus zu begründen und die Durchführung der Maßnahmen ist nachzuweisen.
(3) Der Krankenhausträger hat vor der Vereinbarung des jeweiligen Pflegebudgets den anderen Vertragspartnern die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Pflegevollkräften, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, sowie die Pflegepersonalkosten nachzuweisen. Dazu hat der Krankenhausträger jeweils die entsprechenden Ist-Daten des abgelaufenen Jahres, die Ist-Daten des laufenden Jahres sowie die Forderungsdaten für den Vereinbarungszeitraum vorzulegen. Nach Ablauf des Vereinbarungsjahres hat der Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien nach § 11 und dem Institut für das Entgeltsystem im Kranken-	(3) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
haus für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zudem jährlich jeweils bis zum 30. April eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, sowie über die Pflegepersonalkosten und über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Die Vorgaben der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 sind zu beachten.	
(4) Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt über einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert. Der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert wird berechnet, indem das für das Vereinbarungsjahr vereinbarte Pflegebudget dividiert wird durch die nach dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr. Der für das jeweilige Jahr geltende krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert ist der Abrechnung der mit Bewertungsrelationen bewerteten tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a für voll und teilstationäre Belegungstage zugrunde zu legen.	(4) u n v e r ä n d e r t
(5) Weicht die Summe der auf das Vereinbarungsjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus den tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a von dem vereinbarten Pflegebudget ab, so werden Mehr oder Mindererlöse vollständig ausgeglichen. § 4 Absatz 3 Satz 7 und 9 ist entsprechend anzuwenden. Der ermittelte Ausgleichsbetrag ist über das Pflegebudget für den nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum abzuwickeln.	(5) u n v e r ä n d e r t
(6) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 gehen bei der Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 die Summe der krankenhausindividuell vereinbarten Mittel nach § 4 Absatz 8 und die Mittel nach § 4 Absatz 9 in dem Pflegebudget für das Jahr 2020 auf. Die Mittel nach § 4 Absatz 9 gehen nur dann in dem Pflegebudget für das Jahr 2020 auf, soweit diese den Pflegepersonalkosten nach Absatz 1 Satz 1 zuzuordnen sind und es sich um laufende Kosten handelt.“	(6) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 gehen bei der Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 die Summe der krankenhausindividuell vereinbarten Mittel nach § 4 Absatz 8 und die Mittel nach § 4 Absatz 9 in dem Pflegebudget für das Jahr 2020 auf. Die Mittel nach § 4 Absatz 9 gehen nur dann in dem Pflegebudget für das Jahr 2020 auf, soweit diese den Pflegepersonalkosten nach Absatz 1 Satz 1 zuzuordnen sind und es sich um laufende Kosten handelt**. Ist die für das Jahr 2020 zu vereinbarende Summe aus dem Gesamtbetrag nach § 4 Absatz 3 Satz 1 und dem zu vereinbarenden Pflegebudget um mehr als zwei Prozent und für das Jahr 2021 um mehr als vier Prozent niedriger als der jeweils vereinbarte Vorjahreswert, ist für diese Jahre das**

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Pflegebudget so zu erhöhen, dass damit die Minderung der Summe aus Gesamtbetrag und Pflegebudget für das Jahr 2020 auf zwei Prozent und für das Jahr 2021 auf vier Prozent begrenzt wird. Diese Erhöhung des Pflegebudgets unterliegt nicht der Pflicht zur Rückzahlung für nicht zweckentsprechend verwendete Mittel nach der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8. Satz 3 findet keine Anwendung bei einer Minderung der Summe aus Gesamtbetrag und Pflegebudget aufgrund von Leistungsrückgängen.“
5. § 7 wird wie folgt geändert:	5. u n v e r ä n d e r t
a) Nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 wird folgende Nummer 6a eingefügt:	
„6a. tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a,“.	
b) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 wird die Angabe „Nr. 3, 5 und 6“ durch die Wörter „Nummer 3, 5, 6 und 6a“ ersetzt und wird die Angabe „§ 6“ durch die Wörter „den §§ 6 und 6a“ ersetzt.	
6. § 8 wird wie folgt geändert:	6. § 8 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt geändert:	a) u n v e r ä n d e r t
aa) In Nummer 4 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	
bb) Folgende Nummer 5 wird angefügt:	
„5. tagesbezogene Pflegeentgelte nach § 6a je voll oder teilstationären Belegungstag.“	
b) Absatz 3 wird aufgehoben.	b) u n v e r ä n d e r t
	c) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:
	„In anderen als den vertraglich oder gesetzlich bestimmten Fällen ist eine Fallzusammenführung insbesondere aus Gründen des Wirtschaftlichkeitsgebots nicht zulässig.“
7. § 9 wird wie folgt geändert:	7. § 9 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	a) u n v e r ä n d e r t
aa) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
„2a. einen Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Bewertungsrelationen für die tagesbezogene Abzahlung des vereinbarten Pflegebudgets nach § 6a,“.	
bb) In Nummer 3 wird die Angabe „1 und 2“ durch die Angabe „1, 2 und 2a“ ersetzt.	
cc) Nummer 7 wird durch die folgenden Nummern 7 bis 9 ersetzt:	
„7. die Erhöhungsrate für Tariferhöhungen nach § 10 Absatz 5 Satz 4 sowie bis zum 31. März 2019 die Einzelheiten für einen Nachweis, dass die zusätzlichen Mittel für Tariferhöhungen von Pflegepersonal zweckentsprechend für dessen Finanzierung verwendet werden, und ein Verfahren, das gewährleistet, dass Krankenhäuser Mittel zurückzuzahlen haben, die sie nicht zweckentsprechend verwendet haben,	
8. bis zum 31. Juli 2019 die näheren Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets nach § 6a, insbesondere zu den vorzulegenden Unterlagen und zu dem Verfahren der Rückzahlungsabwicklung von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln,	
9. bis zum 28. Februar 2019 die Benennung von Prozedurenschlüsseln nach § 301 Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die zu streichen sind, da sie nach Einführung des Pflegebudgets nach § 6a für das Vergütungssystem nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht mehr benötigt werden.“	
b) Absatz 1a wird wie folgt *geändert*:	b) **In** Absatz 1a wird **Nummer 6** wie folgt **gefasst**:
aa) In Nummer 5 wird das Semikolon am Ende durch einen Punkt ersetzt.	**entfällt**

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bb) Nummer 6 *wird aufgehoben.*	**„**6. **jährlich zum 30. Juni, erstmals bis zum 30. Juni 2019, eine Liste der Krankenhäuser, welche die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 136c Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen.“**
8. § 10 wird wie folgt geändert:	8. § 10 wird wie folgt geändert:
	a0) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
	„Eine Veränderung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen, die aus § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 6a entsteht, ist im Erlösvolumen entsprechend verändernd zu berücksichtigen, so dass hieraus keine Veränderung des zu vereinbarenden Landesbasisfallwerts entsteht.“
a) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:	a) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:
„Satz 2 findet im Zusammenhang mit der Einführung des Pflegebudgets nach § 6a keine Anwendung.“	„Satz 2 findet im Zusammenhang mit der Einführung **und Weiterentwicklung** des Pflegebudgets nach § 6a keine Anwendung.“
b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:	b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) Die Sätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:	bb) Die Sätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:
„Bezogen auf die Personalkosten werden für den Pflegedienst 100 Prozent sowie für den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und für den ärztlichen Personalbereich jeweils 50 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifrate berücksichtigt. Maßstab für die Ermittlung der Tarifrate ist für	„Bezogen auf die Personalkosten werden für den Pflegedienst 100 Prozent sowie für den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und für den ärztlichen Personalbereich jeweils 50 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifrate berücksichtigt. Maßstab für die Ermittlung der Tarifrate ist für
1. den Bereich des Pflegepersonals,	1. u n v e r ä n d e r t
2. den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und	2. u n v e r ä n d e r t
3. den ärztlichen Personalbereich	3. u n v e r ä n d e r t
jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist; maßgeblich dabei sind für den Bereich nach Nummer 1 die	jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist; maßgeblich dabei sind für den Bereich nach Nummer 1 die

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen und strukturellen Steigerungen *der Vergütungstarifverträge* sowie Einmalzahlungen und für die Bereiche nach den Nummern 2 und 3 jeweils die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen Steigerungen *der Vergütungstarifverträge* und Einmalzahlungen.“	durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen und strukturellen Steigerungen sowie Einmalzahlungen und für die Bereiche nach den Nummern 2 und 3 jeweils die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen Steigerungen und Einmalzahlungen.“
cc) In Satz 5 werden die Wörter „ein Drittel“ durch die Angabe „40 Prozent“ ersetzt.	cc) u n v e r ä n d e r t
dd) Die Sätze 6 und 7 werden wie folgt gefasst:	dd) u n v e r ä n d e r t
„Sofern der Basisfallwert bereits vereinbart oder festgesetzt ist, ist die anteilige Erhöhungsrate nach Satz 5 bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr erhöhend zu berücksichtigen. Neben der Berichtigung des Basisfallwerts des Vorjahres ist ein einmaliger Ausgleich infolge der verspäteten Anwendung der anteiligen Erhöhungsrate vorzunehmen.“	
	b1) Absatz 12 wird wie folgt geändert:
	aa) Vor Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
	„Zur pauschalen Überführung der Mittel des Pflegezuschlags, die nicht für die pflegerische Versorgung von Patientinnen oder Patienten verwendet werden, ist für die Verhandlung des Basisfallwerts 2020 eine Erhöhung von 0,3 Prozent auf den vereinbarten oder festgesetzten Basisfallwert 2019 ohne Ausgleiche einzurechnen.“
	bb) Im bisherigen Satz 1 erster Halbsatz wird vor dem Semikolon ein Komma und werden die Wörter „gemindert um die geschätzte Summe der Beträge, die nach § 6a Absatz 6 im Pflegebudget aufgeht“ eingefügt.
c) Absatz 13 wird aufgehoben.	c) u n v e r ä n d e r t
9. § 11 wird wie folgt geändert:	9. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
aa) In Satz 1 wird die Angabe „§§ 3 bis 6“ durch die Angabe „§§ 3 bis 6a“ ersetzt und wird die Angabe „§ 6 Abs. 3“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 3, das Pflegebudget nach § 6a“ ersetzt.	
bb) Folgender Satz wird angefügt:	
„In der Vereinbarung ist zu regeln, dass Mittel, die nicht zweckentsprechend für die Finanzierung der Tariferhöhungen von Pflegepersonal verwendet werden, zurückzuzahlen sind.“	
b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und erstmals für das Jahr 2018 den Nachweis nach § 9 Absatz 1 Nummer 7“ eingefügt.	
bb) In Satz 4 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt.	
10. In § 12 Satz 1 wird nach dem Wort „Erlösbudgets“ ein Komma und werden die Wörter „des Pflegebudgets“ eingefügt.	10. u n v e r ä n d e r t
11. § 14 wird wie folgt geändert:	11. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13,“ gestrichen und wird nach der Angabe „§ 6“ ein Komma und werden die Wörter „des Pflegebudgets nach § 6a“ eingefügt.	
b) In Absatz 4 werden die Wörter „und des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13“ gestrichen.	
12. In § 15 wird nach Absatz 2 folgender Absatz 2a eingefügt:	12. In § 15 wird nach Absatz 2 folgender Absatz 2a eingefügt:
„(2a) Können die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a aufgrund einer fehlenden Vereinbarung für das Jahr 2020 noch nicht bewertet werden, sind für jeden vollstationären Belegungstag *100* Euro und für jeden teilstationären Belegungstag *50* Euro abzurechnen. Absatz 3 gilt entsprechend.“	„(2a) Können die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a aufgrund einer fehlenden Vereinbarung für das Jahr 2020 noch nicht bewertet werden, sind für jeden vollstationären Belegungstag **130** Euro und für jeden teilstationären Belegungstag **65** Euro abzurechnen. Absatz 3 gilt entsprechend.“
13. § 21 wird wie folgt geändert:	13. § 21 wird wie folgt geändert:
	a0) In Absatz 1 werden die Wörter „eine von den Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu benennende“ durch das Wort

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
	„die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus geführte“ ersetzt.
a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
aa) Nummer 1 wird wie folgt geändert:	aa) Nummer 1 wird wie folgt geändert:
	aaa0) In Buchstabe a werden nach dem Wort „Betten“ die Wörter „und Intensivbetten“ eingefügt.
aaa) In Buchstabe d werden nach dem Wort „Bewertungsrelationen“ die Wörtern „des Fallpauschalen-Katalogs und des Pflegeerlöskatalogs“ eingefügt und werden nach den Wörtern „nach § 5 Absatz 4“ die Wörter „sowie der Zahlungen zum Ausgleich der Abweichungen zwischen den tatsächlichen und den vereinbarten Pflegepersonalkosten nach § 6a Absatz 2“ eingefügt.	aaa) u n v e r ä n d e r t
bbb) *In* Buchstabe e wird *nach dem Wort „Personen“ ein Komma und werden die Wörter „aufgeteilt nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen, jeweils“ eingefügt.*	bbb) Buchstabe e wird **wie folgt gefasst:**
	„e) die Anzahl des in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals, aufgeteilt nach Berufsbezeichnungen, jeweils umgerechnet auf Vollkräfte, insgesamt und gegliedert nach den pflegesensitiven Bereichen gemäß § 3 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 5. Oktober 2018 (BGBl. I S. 1632) und gemäß den Vorgaben einer Vereinbarung der Vertragsparteien nach § 137i Absatz 1 des Fünf-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	ten Buches Sozialgesetzbuch sowie ab dem Datenjahr 2019 jeweils gegliedert nach dem Kennzeichen des Standorts nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch;“.
bb) In Nummer 2 Buchstabe e wird nach den Wörtern „behandelnden Fachabteilungen“ ein Komma und werden die Wörter „und der dazugehörigen Zeiträume, Zeiträume der Intensivbehandlung“ eingefügt.	bb) unverändert
	a1) Absatz 4 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
	„Die Vereinbarung nach Satz 1 wird ab dem 1. Januar 2019 von der Datenstelle nach Absatz 1 den gesetzlichen Erfordernissen entsprechend angepasst.“
b) In Absatz 5 Satz 3 werden die Wörter „in den Jahren 2013 bis 2021“ gestrichen.	b) unverändert
Artikel 10	**Artikel 10**
Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	**Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**
Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 9 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 9 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. In § 4 Absatz 8 Satz 1 werden die Wörter „§ 1 Abs. 1 Krankenpflegegesetz“ durch die Wörter „§ 1 Absatz 1 des Krankenpflegegesetzes oder nach § 1 Absatz 1 des Pflegeberufegesetzes oder § 58 Absatz 1 des Pflegeberufegesetzes“ eingefügt.	1. unverändert
	1a. § 5 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 2 wird Satz 8 aufgehoben.
	b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:
	„(2a) Ein Krankenhaus, das in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 aufgenommen wurde, hat für das der Auflis-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	tung folgende Jahr Anspruch auf eine zusätzliche Finanzierung in Höhe von 400.000 Euro jährlich. Die Berechnung gegenüber den Patientinnen oder Patienten oder den Kostenträgern erfolgt, indem der jährliche Betrag nach Satz 1 durch die voraussichtliche Summe der voll- und teilstationären Fälle des Krankenhauses geteilt wird. Der Betrag nach Satz 2 ist erstmals bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die ab dem 1. Januar 2020 zur Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden. Ist ein Krankenhaus nicht mehr in der Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 aufgenommen, so ist der Betrag nach Satz 2 letztmalig bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die vor dem 1. Januar des auf die letztmalige Auflistung folgenden Jahres zur Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden.“
	c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
	„(3) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren die Zuschläge für besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 auf der Grundlage der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“
	2. § 6 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 2a Satz 1 Nummer 2 wird nach dem Wort „Behandlungskosten“ ein Komma und werden die Wörter „die um die vom Pflegebudget nach § 6a erfassten Kosten zu mindern sind,“ eingefügt.
2. In *§ 6* Absatz 3 Satz 5 werden die Wörter „um 40 Prozent dieser Erhöhungsrate zu erhöhen, erstmals für das Jahr 2018“ durch die Wörter „um die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige Erhöhungsrate nach § 10 Absatz 5 Satz 5 zu erhöhen, erstmals für das Jahr 2020“ ersetzt.	**b)** In Absatz 3 Satz 5 werden die Wörter „um 40 Prozent dieser Erhöhungsrate zu erhöhen, erstmals für das Jahr 2018“ durch die Wörter „um die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige Erhöhungsrate nach § 10 Absatz 5 Satz 5 zu erhöhen, erstmals für das Jahr 2020“ ersetzt.
3. *In* § 9 *Absatz 1 Nummer 7* wird *nach der Angabe „Satz 4“ ein Komma und werden die Wörter „eine anteilige Erhöhungsrate unter Berücksichtigung, dass Kostensteigerungen für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung über das Pflegebudget zu finanzieren sind,“ eingefügt.*	3. § 9 wird **wie folgt geändert:**

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	a) In Absatz 1 Nummer 7 wird nach der Angabe „Satz 4“ ein Komma und werden die Wörter „eine anteilige Erhöhungsrate unter Berücksichtigung, dass Kostensteigerungen für das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen über das Pflegebudget zu finanzieren sind,“ eingefügt.
	b) Absatz 1a Nummer 2 wird aufgehoben.
4. § 10 wird wie folgt geändert:	4. § 10 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 5 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 wird die Angabe „2018“ durch die Angabe „2020“ ersetzt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Pflegedienst“ die Wörter „ohne Pflegepersonal in der Patientenversorgung“ eingefügt.	bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Pflegedienst“ die Wörter „ohne Pflegepersonal in der **unmittelbaren** Patientenversorgung **auf bettenführenden Stationen**“ eingefügt.
cc) In Satz 3 Nummer 1 werden nach dem Wort „Pflegepersonals“ die Wörter „ohne Pflegepersonal in der Patientenversorgung“ eingefügt.	cc) In Satz 3 Nummer 1 werden nach dem Wort „Pflegepersonals“ die Wörter „ohne Pflegepersonal in der **unmittelbaren** Patientenversorgung **auf bettenführenden Stationen**“ eingefügt.
dd) In Satz 5 wird die Angabe „40 Prozent dieser Erhöhungsrate (anteilige Erhöhungsrate)“ durch die Wörter „die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige Erhöhungsrate“ ersetzt.	dd) u n v e r ä n d e r t
b) In Absatz 6 Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenhäuser“ die Wörter „ohne die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der Patientenversorgung“ eingefügt.	b) In Absatz 6 Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenhäuser“ die Wörter „ohne die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der **unmittelbaren** Patientenversorgung **auf bettenführenden Stationen**“ eingefügt.
Artikel 11	**Artikel 11**
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	**Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**
Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:	1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	a) Nach der Angabe zu § 114a werden die folgenden Angaben zu den §§ 114b und 114c eingefügt:
	„§ 114b Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen
	§ 114c Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht“
a) Die Angabe zu § 133 wird wie folgt gefasst:	**b**) u n v e r ä n d e r t
„§ 133 Rechtsform und Vertretung in gerichtlichen Verfahren“.	
b) Nach der Angabe zu § 145 wird folgende Angabe zu § 146 eingefügt:	**c**) Nach der Angabe zu § 145 wird folgende Angabe zu § 146 eingefügt:
„§ 146 Übergangs und Überleitungsregelung zur Beratung nach § 37 Absatz 3“.	„§146 Übergangs und Überleitungsregelung zur Beratung nach § 37 Absatz 3**“**
2. Dem § 1 wird folgender Absatz 7 angefügt:	2. u n v e r ä n d e r t
„(7) Ein Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft gilt im Sinne dieses Buches als Familienangehöriger des anderen Lebenspartners, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist.“	
3. Dem § 8 werden die folgenden Absätze 5 bis 10 angefügt:	3. Dem § 8 werden die folgenden Absätze 5 bis 10 angefügt:
„(5) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ist die Finanzierung der gemäß § 113 Absatz 1b Satz 1 beauftragten, fachlich unabhängigen Institution sicherzustellen. Die Vertragsparteien nach § 113 und das Bundesversicherungsamt vereinbaren das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel. Die jeweilige Auszahlung bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit.	u n v e r ä n d e r t
(6) Abweichend von § 84 Absatz 4 Satz 1 erhalten vollstationäre Pflegeeinrichtungen auf Antrag einen Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung insbesondere im Bereich der medizinischen Behandlungspflege. Voraus-	(6) Abweichend von § 84 Absatz 4 Satz 1 erhalten vollstationäre Pflegeeinrichtungen auf Antrag einen Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung insbesondere im Bereich der medizinischen Behandlungspflege. Voraus-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
setzung für die Gewährung des Vergütungszuschlags ist, dass die Pflegeeinrichtung über Pflegepersonal verfügt, das über das Personal hinausgeht, das die Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhalten hat. Das zusätzliche Pflegepersonal muss zur Erbringung aller vollstationären Pflegeleistungen vorgesehen sein und es muss sich bei dem Personal um Pflegefachkräfte handeln. Nur für den Fall, dass die vollstationäre Pflegeeinrichtung nachweist, dass es ihr in einem Zeitraum von über *drei* Monaten nicht gelungen ist, geeignete Pflegefachkräfte einzustellen, kann sie auch für die Beschäftigung von zusätzlichen Pflegehilfskräften *den* Vergütungszuschlag erhalten. Das Bundesversicherungsamt verwaltet die zur Finanzierung des Vergütungszuschlags von den Krankenkassen nach § 37 Absatz 2a des Fünften Buches und von den privaten Versicherungsunternehmen nach Absatz 9 Satz 2 zu leistenden Beträge im Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Der Anspruch auf einen Vergütungszuschlag ist unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 2 Satz 5 und 6 begrenzt auf die tatsächlichen Aufwendungen für zusätzlich	setzung für die Gewährung des Vergütungszuschlags ist, dass die Pflegeeinrichtung über **neu eingestelltes oder über Stellenaufstockung erweitertes** Pflegepersonal verfügt, das über das Personal hinausgeht, das die Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhalten hat. Das zusätzliche Pflegepersonal muss zur Erbringung aller vollstationären Pflegeleistungen vorgesehen sein und es muss sich bei dem Personal um Pflegefachkräfte handeln. Nur für den Fall, dass die vollstationäre Pflegeeinrichtung nachweist, dass es ihr in einem Zeitraum von über **vier** Monaten nicht gelungen ist, geeignete Pflegefachkräfte einzustellen, kann sie **ausnahmsweise** auch für die Beschäftigung von zusätzlichen Pflegehilfskräften**, die sich in der Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden, einen** Vergütungszuschlag erhalten. Das Bundesversicherungsamt verwaltet die zur Finanzierung des Vergütungszuschlags von den Krankenkassen nach § 37 Absatz 2a des Fünften Buches und von den privaten Versicherungsunternehmen nach Absatz 9 Satz 2 zu leistenden Beträge im Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Der Anspruch auf einen Vergütungszuschlag ist unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 2 Satz 5 und 6 begrenzt auf die tatsächlichen Aufwendungen für zusätzlich
1. eine halbe Stelle bei Pflegeeinrichtungen mit bis zu 40 Plätzen,	1. u n v e r ä n d e r t
2. eine Stelle bei Pflegeeinrichtungen mit 41 bis zu 80 Plätzen,	2. u n v e r ä n d e r t
3. anderthalb Stellen bei Pflegeeinrichtungen mit 81 bis zu 120 Plätzen und	3. u n v e r ä n d e r t
4. zwei Stellen bei Pflegeeinrichtungen mit mehr als 120 Plätzen.	4. u n v e r ä n d e r t
Der Vergütungszuschlag ist von den Pflegekassen monatlich zu zahlen und wird zum 15. eines jeden Monats fällig. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für die Antragstellung und den Nachweis nach Satz 4 sowie das Zahlungsverfahren für seine Mitglieder fest. Die Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen seiner Zuständigkeit. Die über	Der Vergütungszuschlag ist von den Pflegekassen monatlich zu zahlen und wird zum 15. eines jeden Monats fällig. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für die Antragstellung und den Nachweis nach Satz 4 sowie das Zahlungsverfahren für seine Mitglieder fest. Die Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen seiner Zuständigkeit. **Bis zum Vorliegen der Bestimmung nach Satz 8 stellen**

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
den Vergütungszuschlag finanzierten zusätzlichen Stellen und die der Berechnung des Vergütungszuschlags zugrunde gelegte Bezahlung der auf diesen Stellen Beschäftigten sind von den Pflegeeinrichtungen unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 6 Satz 3 und 4 und Absatz 7 nachzuweisen. Die Auszahlung des gesamten Zuschlags hat einheitlich über eine Pflegekasse an die vollstationäre Pflegeeinrichtung vor Ort zu erfolgen. Änderungen der den Anträgen zugrunde liegenden Sachverhalte sind von den vollstationären Pflegeeinrichtungen unverzüglich anzuzeigen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2019 und danach jährlich über die Zahl der durch diesen Zuschlag finanzierten Pflegekräfte, den Stellenzuwachs und die Ausgabenentwicklung.	**die Landesverbände der Pflegekassen die sachgerechte Verfahrensbearbeitung sicher; es genügt die Antragstellung an eine als Partei der Pflegesatzvereinbarung beteiligte Pflegekasse.** Die über den Vergütungszuschlag finanzierten zusätzlichen Stellen und die der Berechnung des Vergütungszuschlags zugrunde gelegte Bezahlung der auf diesen Stellen Beschäftigten sind von den Pflegeeinrichtungen unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 6 Satz 3 und 4 und Absatz 7 nachzuweisen. Die Auszahlung des gesamten Zuschlags hat einheitlich über eine Pflegekasse an die vollstationäre Pflegeeinrichtung vor Ort zu erfolgen. Änderungen der den Anträgen zugrunde liegenden Sachverhalte sind von den vollstationären Pflegeeinrichtungen unverzüglich anzuzeigen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2019 und danach jährlich über die Zahl der durch diesen Zuschlag finanzierten Pflegekräfte, den Stellenzuwachs und die Ausgabenentwicklung.
(7) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt, um Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zu fördern, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern. Förderfähig sind individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind, sowie Schulungen und Weiterbildungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Gefördert werden bis zu 50 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung für eine Maßnahme verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein jährlicher Förderzuschuss von 7 500 Euro möglich. Die Landesverbände der Pflegekassen stellen die sachgerechte Verteilung der Mittel sicher. Der in Satz 1 genannte Betrag soll unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen auf die Länder aufgeteilt werden. Antrag und Nachweis sollen einfach ausgestaltet sein. Pflegeeinrichtungen können in einem Antrag die Förderung von zeitlich und sachlich unterschiedlichen Maßnahmen beantragen. Soweit eine Pflegeeinrichtung den Förderhöchstbetrag nach Satz 4 innerhalb eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommen hat und die für das Land, in dem die Pflegeeinrichtung ihren Sitz hat, in	(7) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt, um Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zu fördern, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern. Förderfähig sind individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind, sowie Schulungen und Weiterbildungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Gefördert werden bis zu 50 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung für eine Maßnahme verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein jährlicher Förderzuschuss von 7 500 Euro möglich. Die Landesverbände der Pflegekassen stellen die sachgerechte Verteilung der Mittel sicher. Der in Satz 1 genannte Betrag soll unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen auf die Länder aufgeteilt werden. Antrag und Nachweis sollen einfach ausgestaltet sein. Pflegeeinrichtungen können in einem Antrag die Förderung von zeitlich und sachlich unterschiedlichen Maßnahmen beantragen. Soweit eine Pflegeeinrichtung den Förderhöchstbetrag nach Satz 4 innerhalb eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommen hat und die für das Land, in dem die Pflegeeinrichtung ihren Sitz hat, in

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
diesem Kalenderjahr bereitgestellte Gesamtfördersumme noch nicht ausgeschöpft ist, erhöht sich der mögliche Förderhöchstbetrag für diese Pflegeeinrichtung im nachfolgenden Kalenderjahr um den aus dem Vorjahr durch die Pflegeeinrichtung nicht in Anspruch genommenen Betrag. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt *unter Beteiligung des Verbandes* der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel durch *die Landesverbände der Pflegekassen*. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 12 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.	diesem Kalenderjahr bereitgestellte Gesamtfördersumme noch nicht ausgeschöpft ist, erhöht sich der mögliche Förderhöchstbetrag für diese Pflegeeinrichtung im nachfolgenden Kalenderjahr um den aus dem Vorjahr durch die Pflegeeinrichtung nicht in Anspruch genommenen Betrag. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt **im Einvernehmen mit dem Verband** der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel durch **eine Pflegekasse**. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 12 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.
(8) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird in den Jahren 2019 bis 2021 ein einmaliger Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um digitale Anwendungen, die insbesondere das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren, die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie die Aus, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege betreffen, zur Entlastung der Pflegekräfte zu fördern. Förderungsfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen. Gefördert werden bis zu 40 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein einmaliger Zuschuss in Höhe von 12 000 Euro möglich. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt *unter Beteiligung des Verbandes* der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der	(8) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird in den Jahren 2019 bis 2021 ein einmaliger Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um digitale Anwendungen, die insbesondere das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren, die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie die Aus, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege betreffen, zur Entlastung der Pflegekräfte zu fördern. Förderungsfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen. Gefördert werden bis zu 40 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein einmaliger Zuschuss in Höhe von 12 000 Euro möglich. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt **im Einvernehmen mit dem Verband** der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 7 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.	Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses**, der durch eine Pflegekasse ausgezahlt wird**. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 7 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.
(9) Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß den Absätzen 5, 7 und 8 jeweils ergeben. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an der Finanzierung der Vergütungszuschläge nach Absatz 6 mit jährlich 44 Millionen Euro. Der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. Einmalig können die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, für bestehende Vertragsverhältnisse die Prämie für die private Pflege-Pflichtversicherung anpassen, um die Verpflichtungen zu berücksichtigen, die sich aus den Sätzen 1 und 2 ergeben. § 155 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist anzuwenden. Dem Versicherungsnehmer ist die Neufestsetzung der Prämie unter Hinweis auf die hierfür maßgeblichen Gründe in Textform mitzuteilen. § 203 Absatz 5 des Versicherungsvertragsgesetzes und § 205 Absatz 4 des Versicherungsvertragsgesetzes gelten entsprechend.	u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(10) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und das Bundesversicherungsamt regeln das Nähere über das Verfahren zur Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel zur Finanzierung der Maßnahmen nach den Absätzen 6 bis 8 aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sowie zur Feststellung und Erhebung der Beträge der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, nach Absatz 9 Satz 1 und 2 durch Vereinbarung.“	u n v e r ä n d e r t
4. In § 30 Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „sowie die in § 37 Abs. 3 festgelegten Vergütungen“ gestrichen.	4. u n v e r ä n d e r t
5. In § 33 Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „Wird der Antrag später als einen Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit gestellt,“ durch die Wörter „Wird der Antrag nicht in dem Kalendermonat, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, sondern später gestellt,“ ersetzt.	5. u n v e r ä n d e r t
6. § 37 wird wie folgt geändert:	6. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 werden im Satzteil nach der Aufzählung nach den Wörtern „Häuslichkeit durch“ und nach den Wörtern „sofern dies durch“ die Wörter „eine zugelassene Pflegeeinrichtung“ jeweils durch die Wörter „einen zugelassenen Pflegedienst“ ersetzt.	
bb) Satz 5 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	
„Die Höhe der Vergütung für die Beratung durch einen zugelassenen Pflegedienst oder durch eine von der Pflegekasse beauftragte Pflegefachkraft vereinbaren die Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften in entsprechender Anwendung des § 89 Absatz 1 und 3 mit dem Träger des zugelassenen Pflegedienstes oder mit der von der Pflegekasse beauftragten Pflegefachkraft unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach Absatz 5. Die Vergütung kann nach Pflegegraden gestaffelt werden. Über die Höhe der Vergütung anerkannter Beratungsstellen und von Beratungspersonen der kommunalen	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Gebietskörperschaften entscheiden ab dem Jahr 2020 die Landesverbände der Pflegekassen unter Zugrundelegung der im jeweiligen Land nach Satz 5 und 6 vereinbarten Vergütungssätze jeweils für die Dauer eines Jahres. Die Landesverbände haben die jeweilige Festlegung der Vergütungshöhe in geeigneter Weise zu veröffentlichen.“	
cc) Im bisherigen Satz 6 wird das Semikolon und werden die Wörter „die Vergütung für die Beratung entspricht der für die Pflegegrade 2 und 3 nach Satz 5“ gestrichen.	
dd) Im bisherigen Satz 7 werden die Wörter „Sätze 4 bis 6“ durch die Wörter „Sätze 4 bis 9“ ersetzt.	
b) Nach Absatz 4 Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:	
„Erteilt die pflegebedürftige Person die Einwilligung nicht, ist jedoch nach Überzeugung der Beratungsperson eine weitergehende Beratung angezeigt, übermittelt die jeweilige Beratungsstelle diese Einschätzung über die Erforderlichkeit einer weitergehenden Beratung der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen. Diese haben eine weitergehende Beratung nach § 7a anzubieten.“	
c) Nach Absatz 5 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:	
„Die Empfehlungen enthalten Ausführungen wenigstens	
1. zu Beratungsstandards,	
2. zur erforderlichen Qualifikation der Beratungspersonen sowie	
3. zu erforderlichenfalls einzuleitenden Maßnahmen im Einzelfall.“	
d) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:	
„(5a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 1. Januar 2020 Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumenta-	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
tion der Erkenntnisse aus dem jeweiligen Beratungsbesuch durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.“	
7. In § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 werden die Wörter „hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten“ durch die Wörter „die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen“ ersetzt.	7. u n v e r ä n d e r t
8. Dem § 44 Absatz 5 werden die folgenden Sätze angefügt:	8. u n v e r ä n d e r t
„Für die Mitteilungen nach Satz 2 haben die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen spätestens zum 1. Januar 2020 ein elektronisches Verfahren vorzusehen, bei dem die Mitteilungen an die Beihilfefestsetzungsstellen oder die Dienstherren automatisch erfolgen. Die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen haben technisch sicherzustellen, dass die Meldungen nach Absatz 3 an die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erst erfolgen, wenn die erforderliche Mitteilung an die Beihilfefestsetzungsstelle oder den Dienstherrn erfolgt ist. Für Beiträge, die von den Beihilfestellen und Dienstherren nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt worden sind, weil die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen die Mitteilungen nach Satz 2 nicht, nicht unverzüglich, nicht vollständig oder fehlerhaft durchgeführt haben, ist von den Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen ein Säumniszuschlag entsprechend § 24 Absatz 1 Satz 1 des Vierten Buches zu zahlen; dies gilt nicht, wenn im Einzelfall kein Verschulden der Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen vorliegt.“	
9. In § 45a Absatz 1 Satz 5 werden nach den Wörtern „zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger“ die Wörter „oder vergleichbar nahestehender Pflegepersonen“ eingefügt.	9. u n v e r ä n d e r t
10. § 45b wird wie folgt geändert:	10. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:	
„Die Leistung nach Satz 1 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.“	
b) Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:	
„Für Zwecke der statistischen Erfassung bei den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen muss auf den Belegen eindeutig und deutlich erkennbar angegeben sein, im Zusammenhang mit welcher der in Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 bis 4 genannten Leistungen die Aufwendungen jeweils entstanden sind.“	
11. *In* § 45d *Satz 3 werden nach den Wörtern „oder als Angehörige“ die Wörter „oder vergleichbar Nahestehende“ eingefügt.*	11. § 45d **wird wie folgt geändert:**
	a) In Satz 1 werden die Wörter „Je Versichertem werden 0,10 Euro je Kalenderjahr“ durch die Wörter „Je Kalenderjahr werden 0,15 Euro je Versichertem“ ersetzt und wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „um eine gerechte Verteilung dieser Fördermittel auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel der Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt“ eingefügt.
	b) Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
	„Der Zuschuss aus den Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach Satz 1 ergänzt eine Förderung durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft und wird jeweils in Höhe von 75 Prozent des Zuschusses gewährt, der für die einzelne Fördermaßnahme insgesamt geleistet wird. Davon abweichend können von den nach Satz 1 auf die Länder aufgeteilten Mitteln Fördermittel in Höhe von insgesamt je Kalenderjahr bis zu 0,01 Euro je Versichertem als Gründungszuschüsse für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen verwendet werden, ohne dass

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	es für die Förderung einer Mitfinanzierung durch das Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf. Die Gründungszuschüsse sind von den Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen unmittelbar beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beantragen; das Nähere zur Durchführung der Förderung und zum Verfahren wird in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt. Im Übrigen werden für die Förderung der Selbsthilfe die Vorgaben des § 45c und das dortige Verfahren, einschließlich § 45c Absatz 2 Satz 3 und 4 und Absatz 6 Satz 2, entsprechend angewendet. § 45c Absatz 6 Satz 3 bis 9 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass von den in das Folgejahr übertragenen Mitteln nach Satz 1, die am Ende des Folgejahres nicht in Anspruch genommen worden sind, Fördermittel in Höhe von 0,01 Euro je Versichertem in dem auf das Folgejahr folgenden Jahr von einer Übertragung auf die Länder ausgenommen sind. Die nach Satz 6 von der Übertragung ausgenommenen Mittel werden zur Förderung von bundesweiten Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen verwendet. Die Förderung der bundesweiten Selbsthilfetätigkeiten erfolgt durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, ohne dass es einer Mitfinanzierung durch das Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf. Die Förderung der bundesweiten Selbsthilfetätigkeiten ist von den Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen unmittelbar beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beantragen. Die Bewilligung der Fördermittel aus den gemäß den Sätzen 6 und 7 zur Verfügung stehenden Mitteln durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen darf jeweils für einen Zeitraum von maximal fünf Jahren erfolgen. Nach erneuter Antragstellung kann eine Förderung erneut bewilligt werden. Die Einzelheiten zu den Voraussetzungen, Zielen, Inhalten und der Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel nach Satz 7 werden in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt.“

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	c) Im bisherigen Satz 3 werden nach dem Wort „Selbsthilfegruppen“ die Wörter „im Sinne dieser Vorschrift“ eingefügt und werden nach den Wörtern „oder als Angehörige“ die Wörter „oder vergleichbar Nahestehende“ eingefügt.
12. Nach § 46 Absatz 2 Satz 6 wird folgender Satz eingefügt:	12. u n v e r ä n d e r t
„Die Erstattung zu Unrecht gezahlter Pflegeversicherungsbeiträge erfolgt durch die Krankenkasse, bei der die Pflegekasse errichtet ist.“	
13. In § 55 Absatz 3a Nummer 2 werden nach dem Wort „Eheschließung“ die Wörter „oder der Begründung der eingetragenen Lebenspartnerschaft gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes“ eingefügt.	13. u n v e r ä n d e r t
14. § 56 wird wie folgt geändert:	14. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 werden die Wörter „und Lebenspartner“ gestrichen.	
b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Nummer 3 werden nach dem Wort „Ehegatten“ die Wörter „oder hinterbliebenen Lebenspartner“ und nach dem Wort „geschlossen“ die Wörter „oder die eingetragene Lebenspartnerschaft vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Verstorbenen gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes begründet“ eingefügt.	
bb) In den Nummern 1 und 4 werden nach dem Wort „Ehegatten“ jeweils die Wörter „oder hinterbliebenen Lebenspartner“ eingefügt.	
	14a. Dem § 71 wird folgender Absatz 5 angefügt:
	„(5) Mit dem Ziel, eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern, erlässt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen spätestens bis zum 1. Juli 2019 Richtlinien zur näheren Abgrenzung, wann die in Absatz 4 Nummer 3 Buchstabe c in der ab dem 1. Januar 2020 geltenden Fassung genannten Merkmale vorliegen und welche Kriterien bei der Prüfung dieser Merkmale mindestens heranzuziehen sind. Die Richtlinien nach Satz 1 sind im Benehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene zu beschließen; die Länder, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sind zu beteiligen. Für die Richtlinien nach Satz 1 gilt § 17 Absatz 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass das Bundesministerium für Gesundheit die Genehmigung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales erteilt und die Genehmigung als erteilt gilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden.“
15. Dem § 75 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:	15. u n v e r ä n d e r t
„Die Maßstäbe und Grundsätze nach Absatz 2 Nummer 3 sind auch daraufhin auszurichten, dass das Personal bei demselben Einrichtungsträger in verschiedenen Versorgungsbereichen flexibel eingesetzt werden kann.“	
16. In § 78 Absatz 4 werden die Wörter „und die Festbeträge nach Absatz 3“ gestrichen.	16. u n v e r ä n d e r t
17. Nach § 89 Absatz 3 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:	17. Nach § 89 Absatz 3 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
„Bei der Vereinbarung der Vergütung sind die Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten in *unterversorgten* ländlichen Räumen, die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 des Fünften Buches vorzusehen sind, zu berücksichtigen.“	„Bei der Vereinbarung der Vergütung sind die Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten**, insbesondere** in ländlichen Räumen, die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 des Fünften Buches vorzusehen sind, zu berücksichtigen.“
18. § 106a wird wie folgt geändert:	18. u n v e r ä n d e r t
a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:	
„Zugelassene Pflegedienste, anerkannte Beratungsstellen, beauftragte Pflegefachkräfte sowie Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 durchführen, sind mit Einwilligung des Versicherten berechtigt und verpflichtet, die für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen, der privaten Versicherungsunternehmen sowie der Beihilfefestsetzungsstellen erforderlichen Angaben zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung der zuständigen Pflegekasse, dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen und der	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle zu übermitteln.“	
b) Folgender Satz wird angefügt:	
„Erteilt die pflegebedürftige Person die Einwilligung nicht, ist jedoch nach Überzeugung der Beratungsperson eine weitergehende Beratung angezeigt, übermittelt die jeweilige Beratungsstelle diese Einschätzung über die Erforderlichkeit einer weitergehenden Beratung der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen.“	
19. In § 111 Absatz 1 Satz 1 werden nach der Angabe „§ 45c“ die Wörter „und der Mittel nach § 8 Absatz 9 Satz 1 und 2“ eingefügt.	19. u n v e r ä n d e r t
20. § 113b wird wie folgt geändert:	20. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Satz 3 werden nach den Wörtern „Absätzen 4 und 8“ die Wörter „sowie nach § 8 Absatz 5 Satz 2“ eingefügt.	
b) In Absatz 3 Satz 8 werden nach den Wörtern „Absätze 4 und 8,“ die Wörter „des § 8 Absatz 5 Satz 2,“ eingefügt.	
c) In Absatz 9 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „ausgenommen sind die zur Wahrnehmung der Aufgabe nach § 8 Absatz 5 Satz 2 getroffenen Entscheidungen“ eingefügt.	
	20a. Nach § 114 Absatz 2 Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:
	„Abweichend von Satz 1 ist im Zeitraum vom 1. November 2019 bis zum 31. Dezember 2020 in allen zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen nur mindestens einmal eine Prüfung durchzuführen. Die Richtlinien nach § 114c zur Verlängerung des Prüfrhythmus bei guter Qualität sind zu beachten. Die Landesverbände der Pflegekassen erteilen die Prüfaufträge für zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage der von der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b Satz 3 übermittelten Ergebnisse.“
	20b. § 114a Absatz 1 Satz 2 und 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
	„Die Prüfungen sind grundsätzlich am Tag zuvor anzukündigen; Anlassprüfungen sollen un-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	angemeldet erfolgen. Die Prüfungen in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen sollen unangekündigt erfolgen, wenn die Einrichtung ihrer Verpflichtung nach § 114b Absatz 1 gar nicht nachkommt, die Datenübermittlung unvollständig war oder von der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b mangelnde Plausibilität der übermittelten Daten festgestellt wurde.“
	20c. Nach § 114a werden die folgenden § 114b und § 114c eingefügt:
	„§ 114b
	Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen
	(1) Die zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, ab dem 1. Oktober 2019 bis zum 30. Juni 2020 einmal und ab dem 1. Juli 2020 halbjährlich zu einem bestimmten Stichtag indikatorenbezogene Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im vollstationären Bereich zu erheben und an die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b zu übermitteln. Die indikatorenbezogenen Daten sind auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements zu erfassen. Wenn die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b bis zum 15. September 2019 nicht eingerichtet ist, haben die Landesverbände der Pflegekassen die Erfüllung der Aufgaben nach § 113 Absatz 1b sicherzustellen.
	(2) Die von den Einrichtungen gemäß Absatz 1 Satz 1 übermittelten indikatorenbezogenen Daten werden entsprechend den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a mit Ausnahme der zwischen dem 1. Oktober 2019 und dem 30. Juni 2020 erstmals erhobenen und übermittelten Daten veröffentlicht.
	(3) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird im Jahr 2019 ein einmaliger Förderbetrag in Höhe von 1 000 Euro für jede zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um die für die Erhebung von indikatorenbezogenen Daten zur

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität notwendigen Schulungen in den Einrichtungen zu unterstützen. Die Modalitäten der Auszahlung der Fördermittel durch eine Pflegekasse werden von den Landesverbänden der Pflegekassen festgelegt. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten. Der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und das Bundesversicherungsamt regeln das Nähere über das Verfahren zur Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sowie zur Feststellung und Erhebung der Beträge der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, durch Vereinbarung.
	§ 114c
	Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht
	(1) Abweichend von § 114 Absatz 2 kann eine Prüfung in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung ab dem 1. Januar 2021 regelmäßig im Abstand von höchstens zwei Jahren stattfinden, wenn durch die jeweilige Einrichtung ein hohes Qualitätsniveau sichergestellt ist. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. bis zum 30. September 2019 in Richtlinien Kriterien zur Feststellung eines hohen Qualitätsniveaus sowie Kriterien für die Veranlassung unangemeldeter Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3 fest. Bei der Erstellung der Richtlinien sind die Empfehlungen heranzuzie-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	hen, die in dem Abschlussbericht des wissenschaftlichen Verfahrens zur Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 bis 114b und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a in der stationären Pflege „Darstellung der Konzeption für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung" in der vom Qualitätsausschuss Pflege am 17. September 2018 abgenommenen Fassung zum indikatorengestützten Verfahren dargelegt wurden. Die Feststellung, ob ein hohes Qualitätsniveau durch eine Einrichtung sichergestellt ist, soll von den Landesverbänden der Pflegekassen auf der Grundlage der durch die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b Satz 3 übermittelten Daten und der Ergebnisse der nach § 114 durchgeführten Qualitätsprüfungen erfolgen. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 an der Erstellung und Änderung der Richtlinien mit. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Kriterien nach Satz 2 sind auf der Basis der empirischen Erkenntnisse der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b zur Messung und Bewertung der Qualität der Pflege in den Einrichtungen sowie des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse regelmäßig, erstmals nach zwei Jahren, zu überprüfen.
	(2) Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, bean-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	standet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.
	(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. September 2020, zum 31. März 2021 und danach jährlich über die Erfahrungen der Pflegekassen mit
	1. der Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 114b Absatz 1 und
	2. Qualitätsprüfungen, die ab dem 1. November 2019 nach § 114 in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden.
	Für die Berichterstattung zum 31. März 2021 beauftragt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit der Evaluation der in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen festgelegten Bewertungssystematik für die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen.“
	20d. In § 118 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 werden die Wörter „den §§ 18b, 114a Absatz 7“ durch die Wörter „§ 18b, § 114a Absatz 7, §114c Absatz 1“ ersetzt.
	20e. In § 123 Absatz 1 Satz 6 werden die Wörter „6 erster Halbsatz, Satz 7“ durch die Wörter „9, 10 erster Halbsatz“ ersetzt.
21. § 133 wird wie folgt gefasst:	21. u n v e r ä n d e r t
„§ 133	
Rechtsform und Vertretung in gerichtlichen Verfahren	
Das Sondervermögen ist nicht rechtsfähig. Es kann unter seinem Namen im rechtsgeschäftlichen Verkehr handeln, klagen und verklagt werden. Die Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren erfolgt ab dem 1. Januar 2020 durch das Bundesversicherungsamt. Die Entscheidung über die Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens trifft das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem in dem in § 134	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Absatz 2 Satz 3 genannten Anlageausschuss vertretenen Bundesministerium für Gesundheit. Dem Bundesversicherungsamt bezüglich der Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren entstehende Kosten werden aus Mitteln des Pflegevorsorgefonds getragen. Der allgemeine Gerichtsstand des Sondervermögens ist Bonn. Die Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren einschließlich der Entscheidung über die Einleitung gerichtlicher Verfahren erfolgt bis zum Ablauf des 31. Dezember 2019 durch das Bundesministerium für Gesundheit. Für bis zum Ablauf des 31. Dezember 2019 anhängig gewordene gerichtliche Verfahren verbleibt die Vertretung bis zum Abschluss der Verfahren beim Bundesministerium für Gesundheit.“	
22. Folgender § 146 wird angefügt:	22. u n v e r ä n d e r t
„§ 146	
Übergangs und Überleitungsregelung zur Beratung nach § 37 Absatz 3	
(1) Für die jeweilige beratende Stelle gelten die Vergütungssätze nach § 37 Absatz 3 Satz 5 und 6 in der am 31. Dezember 2018 geltenden Fassung so lange, bis die Vergütung für Beratungseinsätze erstmals für die jeweilige beratende Stelle vereinbart oder durch die Landesverbände der Pflegekassen festgelegt wird.	
(2) Zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2, die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 in der bis zum 31. Dezember 2018 geltenden Fassung durchgeführt haben, gelten ab dem 1. Januar 2019 als nach § 37 Absatz 7 anerkannte Beratungsstellen.“	
Artikel 12	**Artikel 12**
Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	**Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**
§ 28 Absatz 1 Nummer 9 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – *Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015),* das zuletzt durch Artikel 11 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt *gefasst*:	**Das Elfte Buch** Sozialgesetzbuch, das zuletzt durch Artikel 11 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt **geändert**:
	1. § 28 Absatz 1 Nummer 9 wird wie folgt gefasst:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„9. Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen (§ 43a),“.	u n v e r ä n d e r t
	2. § 71 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:
	„(4) Keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Absatzes 2 sind
	1. stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Teilhabe an Bildung oder zur sozialen Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker Menschen oder von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen,
	2. Krankenhäuser sowie
	3. Räumlichkeiten,
	a) in denen der Zweck des Wohnens von Menschen mit Behinderungen und der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe für diese im Vordergrund steht,
	b) auf deren Überlassung das Wohn und Betreuungsvertragsgesetz Anwendung findet und
	c) in denen der Umfang der Gesamtversorgung der dort wohnenden Menschen mit Behinderungen durch Leistungserbringer regelmäßig einen Umfang erreicht, der weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht; bei einer Versorgung der Menschen mit Behinderungen sowohl in Räumlichkeiten im Sinne der Buchstaben a und b als auch in Einrichtungen im Sinne der Nummer 1 ist eine Gesamtbetrachtung anzustellen, ob der Umfang der Versorgung durch Leistungserbringer weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht.“

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 13	**Artikel 13**
Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte	**u n v e r ä n d e r t**
In § 8 Absatz 2c des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 6 Absatz 6 des Gesetzes vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1228) geändert worden ist, werden die Wörter „Aufwendung von mindestens 2 Euro“ durch das Wort „Aufwendungen“ und wird das Wort „ist“ durch das Wort „sind“ ersetzt.	
	Artikel 13a
	Änderung des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes
	Artikel 13 Absatz 3 des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes vom … (BGBl. I S. …) wird aufgehoben.
Artikel 14	**Artikel 14**
Inkrafttreten	**Inkrafttreten**
(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 5 am 1. Januar 2019 in Kraft.	(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 5 am 1. Januar 2019 in Kraft.
(2) Die Artikel 1 und 8 treten mit Wirkung vom … [einsetzen: Tag nach dem Kabinettbeschluss] in Kraft.	(2) Die Artikel 1 und 8 treten mit Wirkung vom … [einsetzen: Tag nach dem Kabinettbeschluss] in Kraft.
(3) Artikel 11 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 21 tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.	(3) Artikel 11 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 21 **und Artikel 13a** tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.
(4) Artikel 3 tritt am 2. Januar 2019 in Kraft.	(4) Artikel 3 tritt am 2. Januar 2019 in Kraft.
(5) Die Artikel 10 und 12 treten am 1. Januar 2020 in Kraft.	(5) Die Artikel 10 und 12 treten am 1. Januar 2020 in Kraft.
	(6) Artikel 7 Nummer 19 tritt am 1. April 2020 in Kraft.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Bericht der Abgeordneten Dr. Roy Kühne, Dr. Edgar Franke, Dr. Axel Gehrke, Nicole Westig, Harald Weinberg, und Kordula Schulz-Asche

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Zu den Buchstaben a, b, c und d

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksachen 19/4453, 19/4729** sowie die Anträge auf den **Drucksachen 19/4537**, **19/4523** und **19/4524** in seiner 52. Sitzung am 27. September 2018 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.

Den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/4453, 19/4729 hat er zudem zur Mitberatung an den Haushaltsausschuss und an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen. Ferner wurde der Haushaltsausschuss nach § 96 der Geschäftsordnung beteiligt.

Der Antrag auf Drucksache 19/4537 wurde zur Mitberatung an den Haushaltsausschuss, den Ausschuss für Arbeit und Soziales sowie an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.

Die Anträge auf den Drucksachen 19/4523 und 19/4524 wurden zur Mitberatung an den Haushaltsausschuss und an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a

Die Bundesregierung stellt fest, dass – obwohl die Zahl der Beschäftigten und der Auszubildenden im Pflegebereich angestiegen sei –, der Bedarf an Pflegekräften nicht gedeckt werden könne. Diese Personalunterdeckung, die sich ohne geeignete Maßnahmen noch verstärken werde, habe eine Arbeitsverdichtung zur Folge. Daraus resultierten ein höherer Krankenstand und ein frühzeitiges Ausscheiden von Pflegekräften aus dem Beruf.

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sollen die Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern und Pflegeheimen spürbar entlastet werden. Dadurch werde die Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie der Pflegebedürftigen weiter verbessert. Verbessert werden soll auch die Möglichkeit, dass Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung anbieten, um die physischen und psychischen gesundheitlichen Ressourcen der Beschäftigten zu stärken. Bei der Ein- und Durchführung betrieblicher Gesundheitsförderung sollen Krankenhäuser und (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen verstärkt mit Leistungen der Krankenkassen unterstützt werden. Zudem enthält der Gesetzentwurf die erforderlichen Regelungen zur Fortführung des Krankenhausstrukturfonds. Aus dessen Mitteln sollen künftig auch Ausbildungsstätten für Pflegepersonal gefördert werden. Dadurch werde nach Auffassung der Bundesregierung auch die pflegerische Versorgung verbessert.

Die Pflege im Krankenhaus soll verbessert werden, indem jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett vollständig finanziert wird und auch Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal vollständig finanziert werden. Ferner sollen die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten für die Patientenversorgung über ein Pflegebudget vergütet werden. Außerdem sollen Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für Pflegekräfte zeitlich befristet gefördert und die Bedingungen zur Schaffung von Ausbildungsplätzen verbessert werden. Gleichzeitig soll gewährleistet werden, dass Zusatzentgelte für erhöhten Pflegeaufwand auf einer gesicherten Datengrundlage abgerechnet werden können und der Krankenhausstrukturfonds mit einem Volumen von bis zu einer Milliarde Euro jährlich für die Dauer von vier Jahren fortgeführt wird.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Das Pflegepersonal in der Altenpflege wird gestärkt, indem vollstationäre Pflegeeinrichtungen zusätzliche Pflegekräfte einstellen können, die von der Krankenversicherung in vollem Umfang finanziert werden. Pflegeheime und Pflegedienste sollen künftig Zuschüsse erhalten, wenn sie Anschaffungen digitaler oder technischer Ausrüstung tätigen, die die Pflegekräfte in ihrer Arbeit entlasten. Maßnahmen und Angebote von Pflegeheimen und Pflegediensten sollen zudem dann unterstützt werden, wenn diese auf eine bessere Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für die Pflegekräfte zielen. Das Antragsverfahren für Krankenfahrten von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen vom Pflegeheim und der eigenen Häuslichkeit zur ambulanten Behandlung beim Facharzt und Zahnarzt soll vereinfacht und die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen weiter verbessert und vereinfacht werden. Zudem sollen Impulse für den Einsatz von elektronischer Kommunikation gegeben und der Anwendungsbereich der Nutzung von Video-Sprechstunden als telemedizinische Leistung erweitert werden.

Außerdem soll eine Stärkung der ambulanten Alten- und Krankenpflege insbesondere im ländlichen Raum durch eine bessere Honorierung der Wegezeiten erreicht und der Zugang zu medizinischen Rehabilitationsleistungen für pflegende Angehörige weiter erleichtert werden.

Ferner soll durch Neuregelungen des Infektionsschutzgesetzes der Schutz der öffentlichen Gesundheit gestärkt werden.

Der **Normenkontrollrat** hat gemäß § 6 Absatz 1 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates eine Stellungnahme abgegeben. Darin kommt er zu dem Ergebnis, dass das Bundesministerium für Gesundheit den Erfüllungsaufwand und die weiteren Kosten transparent und nachvollziehbar dargestellt habe. Deshalb erhebt der Nationale Normenkontrollrat im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Gesetzesfolgen in dem Regelungsentwurf.

Der **Bundesrat** hat in seiner 970. Sitzung am 21. September 2018 gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes zu dem Gesetzentwurf Stellung genommen. Insgesamt hat der Bundesrat 40 Vorschläge und Empfehlungen für Änderungen des Gesetzentwurfs der Bundesregierung abgegeben. Die Einzelheiten der Stellungnahme des Bundesrates ergeben sich aus der Bundesratsdrucksache 376/18 (Beschluss).

Die **Bundesregierung** hat in ihrer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrates zu einer Reihe von Vorschlägen eine Prüfung zugesagt, andere Vorschläge hat sie abgelehnt. Die Einzelheiten ergeben sich aus der Drucksache 19/4729. In ihrer Gegenäußerung stimmt die Bundesregierung dem Vorschlag Nummer 23 zu Artikel 6 Nummer 1 (§ 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7, Nummer 8, Nummer 9 und Nummer 10 – neu – IfSG) zu. Die gewünschte Regelung, die für eine klare rechtliche Grundlage für die Prüfung des Impfschutzes von Beschäftigten in bestimmten Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sorgt, wird dementsprechend systematisch an anderer Stelle eingefügt.

Eine Prüfung mit der Folge der Umsetzung ist insbesondere bei folgenden Vorschlägen erfolgt:

- Der Bundesrat hat gefordert, den geplanten gänzlichen Wegfall des Pflegezuschlags abzuwenden und die bislang im Rahmen des Pflegezuschlags vorgesehenen Mittel in den Landesbasisfallwert einzurechnen. Diesem Anliegen wird dadurch Rechnung getragen, dass aus den Mitteln des Pflegezuschlags rd. 200 Mio. Euro in den Landesbasisfallwert 2020 überführt werden und rd. 50 Mio. Euro jährlich bedarfsnotwendigen Krankenhäusern in ländlichen Gebieten zur Verfügung gestellt werden.
- Die vom Bundesrat geforderte Ausweitung der finanzwirksamen Berücksichtigung von pflegeentlastenden Maßnahmen im Rahmen des Pflegebudgets auf bereits in der Vergangenheit ergriffene Maßnahmen, die fortgesetzt werden, wird umgesetzt.
- Der Forderung, die Verbesserung der Vergütung für ambulante Pflegedienste bei längeren Wegezeiten nicht auf unterversorgte ländliche Gebiete zu beschränken, wurde entsprochen.
- Die Spezifizierung des Begriffs des Pflegedienstes zur zielgerichteten Bestimmung des Pflegepersonalquotienten wurde vorgenommen.
- Die vom Bundesrat geforderte Regelung, wonach die Rückforderung der von den Ländern vormals gewährten Investitionsfördermitteln nicht zum Ausschluss der Förderung mit Mitteln des Krankenhausstrukturfonds, sondern lediglich zu einer Reduzierung der insoweit förderfähigen Kosten führt, wird umgesetzt.
- Zudem wird die vom Bundesrat geforderte Regelung vorgesehen, nach der das Bundesversicherungsamt im Rahmen des Verwendungsnachweisverfahrens die Frist von 15 Monaten für die Vorlage der Verwendungsnachweise durch die Länder in begründeten Ausnahmefällen verlängern kann.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe b

Die Antragsteller stellen fest, dass stationäre Pflegeeinrichtungen aufgrund unterschiedlicher Regelungen für die gleichen, hochkomplexen Pflegeleistungen von den Pflegekassen deutlich weniger Vergütung erhielten als es im ambulanten oder häuslichen Bereich der Fall sei. Daran ändere auch das neue Pflegepersonal-Stärkungsgesetz nichts. Nach § 43 Absatz 2 Satz 1 SGB XI übernehme für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen die Pflegeversicherung die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege zu gesetzlich festgelegten Pauschalbeträgen in Abhängigkeit vom Pflegegrad. Deshalb müsse der gesetzlich versicherte Heimbewohner einen großen Teil der medizinisch verordneten behandlungspflegerischen Leistungen selbst finanzieren. Dies gelte auch für privatversicherte Heimbewohner. Demgegenüber übernehme im Bereich der häuslichen Pflege die gesetzliche Krankenkasse alle Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen des § 37 SGB V. Gleichzeitig müssten die Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen die fehlende Refinanzierung durch hohe Eigenanteile an den Heimkosten ausgleichen, obwohl auch sie Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zahlten. An dieser ungerechten Finanzierungsgrundlage ändere auch der Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Stärkung des Pflegepersonals nichts.

Die Antragsteller fordern deshalb, die ungerechte Behandlung von pflegebedürftigen Heimbewohnern bei der Finanzierung von medizinisch behandlungspflegerischen Leistungen durch entsprechende gesetzgeberische Maßnahmen zu beenden. § 37 Absatz 2 Satz 3 SGB V daher gestrichen werden. § 43 Absatz 2 Satz 1 SGB XI solle so geändert werden, dass künftig die Krankenkassen die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege übernehmen. § 84 Absatz 1 SGB XI müsse ebenfalls geändert werden, so dass die medizinische Behandlungspflege künftig von der GKV finanziert werde. Dadurch würden gleiche Finanzierungsgrundlagen für die Erbringung behandlungspflegerischer Leistungen in der ambulanten, häuslichen und vollstationären Pflege geschaffen.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller kritisieren, dass das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sich zum einen nur auf die Pflegekräfte konzentriere und andere Berufe im Krankenhaus nicht einbeziehe. Zum anderen könne durch den neuen Pflegepersonalquotienten der genaue Personalbedarf in der Pflege nicht beschrieben werden. Außerdem werde im Gesetzentwurf die mangelhafte Investitionsfinanzierung in den Krankenhäusern durch die Bundesländer bzw. die Investitionslücke nicht thematisiert. Das Problem, dass die Krankenhäuser über Personaleinsparungen Investitionen finanzierten, werde durch die Herausnahme der Personalkosten aus den Fallpauschalen eingedämmt, dadurch werde aber das Problem des Investitionsstaus umso dringlicher. Darüber hinaus müssten die Reha-Kliniken in das Regelwerk einbezogen werden.

Aus Sicht der Antragsteller sollten neben den Pflegekräften weitere Berufe im Krankenhaus aus den Fallpauschalen herausgenommen und bedarfsgerecht finanziert und die Reha-Kliniken in die Regelungen einbezogen werden. Zudem sei es besser, ein pflegewissenschaftlich ermitteltes und valides Instrument zur Ermittlung des Personalbedarfs zu entwickeln, statt einen Pflegepersonalquotienten einzuführen, der lediglich einen Ist-Zustand abbilden, aber nicht den Bedarf ermitteln könne. Damit die Bundesländer ihren Investitionsverpflichtungen nachkämen, solle für jeden zusätzlich in Krankenhäuser investierten Euro aus Bundesmitteln ein weiterer Euro für Krankenhausinvestitionen bis zu einer Gesamthöhe von 2,5 Milliarden Euro pro Jahr für die kommenden zehn Jahre gezahlt werden.

Zu Buchstabe d

Die Antragsteller monieren, dass das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz im ambulanten Bereich der Alten- und Krankenpflege lediglich eine bessere Vergütung der Wegezeiten vorsehe, wodurch keine neuen Pflegefachkräfte in der ambulanten Pflege gewonnen würden. Auch würden die Kosten der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen nicht vollständig durch die GKV refinanziert. Die vorgesehenen zusätzlichen 13 000 Fachkräfte würden kaum den Bedarf decken. Außerdem seien weder die tarifliche Bezahlung in der häuslichen Krankenpflege noch die Anhebung der Vergütung ambulanter Pflegekräfte auf das Niveau im Krankenhaus klar geregelt. Dadurch werde die Altenpflege entwertet, wodurch eine Abwanderung der Pflegekräfte in den Krankenhausbereich drohe.

Aus Sicht der Antragsteller sei ein Gesamtkonzept für bessere Arbeitsbedingungen im Pflegebereich erforderlich, das u. a. sowohl die komplette Refinanzierung aller nach Tarif bezahlten Pflegestellen als auch der medizinischen

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Behandlungspflege in stationären Altenpflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenpflege festschreibe. Als Sofortmaßnahme wäre zur Finanzierung der Pflegevorsorgefonds in einen Pflegepersonalfonds umzuwandeln. Zudem sei auch für die stationäre Altenpflege sofort eine verbindliche Personalbemessung erforderlich. Die Antragsteller forderten zudem eine Investitionsoffensive für die Altenpflege, um die Investitionskosten für Menschen mit Pflegebedarf bundeseinheitlich zu begrenzen sowie eine sofortige Deckelung der Eigenanteile für die Menschen mit Pflegebedarf in den Pflegeheimen.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 25. Sitzung am 7. November 2018 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/4453, 19/4729 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen. Zudem hat der Haushaltausschuss auf Grund seiner Beteiligung nach § 96 der Geschäftsordnung einen eigenen Bericht vorgelegt.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 17. Sitzung am 7. November 2018 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/4453, 19/4729 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung** hat sich gemäß des Einsetzungsantrags (Drucksache 19/1837) im Rahmen seines Auftrags zur Überprüfung von Gesetzentwürfen und Verordnungen der Bundesregierung auf Vereinbarkeit mit der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie mit dem Gesetzentwurf auf Drucksache 19/4453 befasst und festgestellt, dass eine Prüfbitte nicht erforderlich ist, da die Darstellung der Nachhaltigkeitsprüfung plausibel ist (Ausschussdrucksache 19(26)4-2).

Zu Buchstabe b

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 25. Sitzung am 7. November 2018 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/4537 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 26. Sitzung am 7. November 2018 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/4537 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 17. Sitzung am 7. November 2018 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/4537 abzulehnen.

Zu Buchstabe c

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 25. Sitzung am 7. November 2018 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/4523 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 17. Sitzung am 7. November 2018 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/4523 abzulehnen.

Zu Buchstabe d

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 25. Sitzung am 7. November 2018 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/4524 abzulehnen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 17. Sitzung am 7. November 2018 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/4524 abzulehnen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat in seiner 19. Sitzung am 26. September 2018 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/4453, 19/4729 sowie zu den Anträgen auf den Drucksachen 19/4537, 19/4523 und 19/4524 – vorbehaltlich der Überweisung der Vorlagen durch das Plenum des Deutschen Bundestages – eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

In seiner 22. Sitzung am 10. Oktober 2018 hat der Ausschuss die Beratungen zu den vier Vorlagen sowie zu den Änderungsanträgen zum Gesetzentwurf auf Ausschussdrucksache 19(14)38.1 aufgenommen und beschlossen, die Änderungsanträge ebenfalls in die öffentliche Anhörung einzubeziehen.

Die öffentliche Anhörung fand in der 23. Sitzung am 10. Oktober 2018 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesärztekammer (BÄK), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK), Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V., Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Stiftung Patientenschutz, Deutscher Berufsverband für Altenpflege e. V. (DBVA), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband e. V., Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband e. V. (DHPV), Deutscher Pflegerat e. V. (DPR), Deutscher Städtetag, Fachgesellschaft Profession Pflege e. V., gematik – Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), GKV-Spitzenverband, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Pflege in Bewegung e. V., Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD) und Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB). Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Isabell Halletz (Arbeitgeberverband Pflege e. V. (AGVP)), Dr. Susanna Kochskämper (Institut der deutschen Wirtschaft Köln), Prof. Dr. Heinz Rothgang (Universität Bremen), Prof. Dr. Jonas Schreyögg (Universität Hamburg), Prof. Dr. Michael Simon (Hochschule Hannover), Prof. Dr. Gregor Thüsing (Universität Bonn) und Helmut Wallrafen (Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach GmbH). Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird verwiesen.

In der 25. Sitzung am 7. November 2018 hat der Ausschuss seine Beratungen zum Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/4453, 19/4729 sowie zu den Anträgen auf den Drucksachen 19/4537, 19/4523 und 19/4524 abgeschlossen.

Beratungsergebnisse

Als Ergebnis empfiehlt der Ausschuss für Gesundheit mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/4453, 19/4729 in der vom Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Ferner empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 19/4537 abzulehnen.

Ferner empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag auf Drucksache 19/4523 abzulehnen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Ferner empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN den Antrag auf Drucksache 19/4524 abzulehnen.

Änderungsanträge zum Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/4453, 19/4729

Der Ausschuss hat im Rahmen seiner Beratungen eine Reihe von Änderungen beschlossen. Diese betrafen insbesondere:

- Aus dem Pflegezuschlag werden rd. 200 Mio. Euro in die Landesbasisfallwerte 2020 überführt. Hierdurch wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die Krankenhäuser den Pflegezuschlag in nicht zu vernachlässigendem Umfang nicht zur Finanzierung von Pflegepersonalkosten eingesetzt haben und diese Mittel nicht in das Pflegebudget übergehen.
- Zusätzlich erhalten im Zusammenhang mit der Überführung von nicht für die Pflege verwendeten Mitteln des Pflegezuschlags zudem bedarfsnotwendige Krankenhäuser in ländlichen Gebieten ab dem Jahr 2020 jährlich insgesamt rd. 50 Mio. Euro, um damit eine bessere Versorgung im ländlichen Raum gewährleisten zu können. Die Krankenhäuser müssen die Voraussetzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses für einen Sicherstellungszuschlag erfüllen. Je Krankenhaus wird ein Zuschlag von 400.000 Euro pro Jahr gezahlt.
- Die aus dem DRG-System auszugliedernden Pflegepersonalkosten werden präzisiert als diejenigen, die für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen (Pflege am Bett) entstehen. Damit wird möglichen Fehlentwicklungen vorgebeugt, die bei einer durch die Kostenerstattung stark geförderten personellen Ausweitung der diagnostischen und interventionellen Krankenhausbereiche durch eine dynamischere Leistungsentwicklung ansonsten eintreten könnten.
- Die Möglichkeit zur finanzwirksamen Berücksichtigung von pflegeentlastenden Maßnahmen im Rahmen des Pflegebudgets wird erweitert auf bereits in der Vergangenheit ergriffene Maßnahmen, die fortgesetzt werden. Zugleich können die durch pflegeentlastende Maßnahmen eingesparten Pflegepersonalkosten in Höhe von bis zu 3 Prozent erhöhend im Pflegebudget berücksichtigt werden.
- Die Entwicklung der neuen Pflegepersonalkostenvergütung erfolgt im Rahmen eines lernenden Systems. Mögliche Budgetminderungen für die Krankenhäuser aufgrund der Einführung des Pflegebudgets werden deshalb in den ersten beiden Jahren begrenzt und zwar im Jahr 2020 auf 2 Prozent und im Jahr 2021 auf 4 Prozent.
- Die Selbstverwaltungspartner werden mit der Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen beauftragt, für die das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ein Datenkonzept zur Übermittlung der erforderlichen Daten entwickelt. Zudem werden Mitteilungs- und Veröffentlichungspflichten festgelegt und die Sanktionen für den Fall der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen näher bestimmt.Für den Pflegepersonalquotienten wird die Bezeichnung Pflegedienst dahingehend präzisiert, dass nur der Pflegedienst in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen erfasst wird. Außerdem wird die Sanktionierung für den Fall des Unterschreitens der festgelegten Untergrenze geregelt.
- Die Anreize für die Krankenhausträger und die Länder, nicht bedarfsgerechte akutstationäre Versorgungskapazitäten abzubauen, werden durch Anhebung der Pauschalbeträge, mit denen die Stilllegung von Krankenhausbetten mit Mitteln des Krankenhausstrukturfonds gefördert werden kann, deutlich erhöht.
- Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen werden auch insoweit gefördert, als Hochschulkliniken daran beteiligt sind.
- Vorhaben zur Bildung von Zentren für seltene, komplexe, schwerwiegende Erkrankungen werden aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds nur gefördert, wenn entsprechende Versorgungskapazitäten im Rahmen gemeinsamer Vorhaben von Hochschulkliniken und nicht universitären Kliniken an einer Hochschulklinik konzentriert werden.
- Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information erhält die gesetzliche Grundlage für Klarstellungen und Änderungen zu den medizinischen Klassifikationen (OPS und ICD). Damit wird vermieden, dass aufgrund von Auslegungsunsicherheiten, die z. B. durch BSG-Urteile entstehen (zur Schlaganfallversorgung), eine Vielzahl von zurückliegenden Abrechnungsverfahren erneut aufgegriffen wird.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

- Die vierjährige Verjährungsfrist für Vergütungsansprüche der Krankenhäuser und Rückforderungsansprüche der Krankenkassen wegen überzahlter Vergütungen wird auf zwei Jahre verkürzt, um die durch Rückforderungsbegehren der Krankenkassen hervorgerufene Rechtsunsicherheit abzumildern. Für die Ansprüche der Krankenkassen auf Rückforderung von gezahlten Vergütungen gilt dies rückwirkend.
- Anstelle der Vertragsparteien auf Bundesebene wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, bis Ende 2019 die besonderen Aufgaben von Zentren zu konkretisieren. Damit wird die Zielsetzung verfolgt, dass die besonderen Aufgaben klar von den Regelaufgaben der Krankenhäuser abgegrenzt werden und Krankenhäuser, die besondere Aufgaben leisten, regelhaft entsprechende Zuschläge erhalten.
- Anstelle der Vertragsparteien auf Bundesebene wird die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus getragene Datenstelle mit der Weiterentwicklung der datentechnischen Vorgaben des Datensatzes nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes beauftragt.
- Die Regelung zur Betreuung Pflegebedürftiger während einer stationären Rehabilitation des pflegenden Angehörigen wird praktikabler gefasst, indem die Verantwortungsbereiche von Kranken- und Pflegekasse neu abgegrenzt werden.
- In der Regelung zur Vergütung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege wird klargestellt, dass aufwändigere Wegezeiten stets mit einem angemessenen Zuschlag zu vergüten sind. Diese Regelung wird entsprechend in der Regelung für den Bereich der Pflegeversicherung übernommen. Zum anderen wird geregelt, dass die Zahlung tariflicher Arbeitsentgelte in der häuslichen Krankenpflege von den Krankenkassen nicht mehr als unwirtschaftlich zurückgewiesen werden kann. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität soll insofern keine Anwendung mehr finden.
- Die im Gesetzentwurf vorgesehene Genehmigungsfiktion für Fahrten von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen in die Praxis des Facharztes oder Zahnarztes wird auf alle Fahrten zur ambulanten Behandlung ausgeweitet. Damit sind auch Fahrten zu Hausärzten und Heilmittelerbringern einbezogen. So werden u.a. Abgrenzungsprobleme vermieden, da Hausärzte auch fachärztliche Leistungen erbringen.
- Auf die im Gesetzesentwurf vorgesehene Anwendung der Genehmigungsfiktion auch bei den Versicherten, deren Beeinträchtigung mit derjenigen der Versicherten vergleichbar ist, die in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 der Pflegeversicherung eingestuft sind oder einen Schwerbehindertenausweis vorlegen können, wird verzichtet. Der Begriff der Vergleichbarkeit ist für den verordnenden Arzt zu unbestimmt. Bei diesen Versicherten sollen die Kassen auch weiterhin eine Einzelfallprüfung vornehmen können, ob der Anspruch auf Kostenübernahme besteht.
- Ist bei stationärer Behandlung aus medizinischen Gründen eine Begleitung des Patienten erforderlich, kann diese Begleitperson künftig auch außerhalb der stationären Einrichtung untergebracht werden, wenn eine Mitaufnahme in der Einrichtung nicht möglich ist.
- Die Sanktionsregelung zum Versichertenstammdatendienst in der vertragsärztlichen Versorgung in § 291 SGB V wird dahingehend angepasst, dass von der Sanktion für die Nichtdurchführung des Versichertenstammdatendienstes bis zum 1. Juli 2019 abgesehen wird, sofern die Anschaffung der erforderlichen Ausstattung vor dem 1. April 2019 vertraglich vereinbart wird.
- Im Bereich der Pflegeversicherung werden bei den zusätzlichen GKV-finanzierten Stellen in der vollstationären Pflege verschiedene Klarstellungen ergänzend aufgenommen: Möglichkeit der Aufstockung von Teilzeitstellen neben Neueinstellungen, Präzisierungen zum Verfahren bis zum Vorliegen der näheren Bestimmungen durch den GKV-Spitzenverband sowie Aufnahme der zwingenden Voraussetzung bei der ausnahmsweise jetzt nach vier Monaten möglichen Finanzierung von Pflegehelfern, dass diese sich in einer Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden. Damit wird das Ziel, mehr Pflegefachkräfte in der vollstationären Pflege zu gewinnen, weiter unterstützt.
- Um die Ausschöpfung der Mittel der Pflegeversicherung zur Förderung der Selbsthilfe in der Pflege zu erhöhen, werden verschiedene Maßnahmen zur Vereinfachung der Förderung und Verstärkung des Engagements im Bereich der Selbsthilfeförderung in der Pflege eingeführt.
- Das gemäß zweitem Pflegestärkungsgesetz (PSG II) im Auftrag der Pflegeselbstverwaltung wissenschaftlich entwickelte neue stationäre Qualitätssystem wird verbindlich eingeführt: ab dem 1. Oktober 2019 beginnen

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

die vollstationären Pflegeeinrichtungen mit der Erhebung und Übermittlung von Versorgungsdaten, ab dem 1. November 2019 werden die Qualitätsprüfungen nach dem neuen System durchgeführt. Zudem wird die Möglichkeit geschaffen, den Prüfrhythmus bei guter Ergebnisqualität zu verlängern. Um einen besseren Ablauf der Qualitätsprüfungen zu ermöglichen, werden diese zukünftig auch im stationären Bereich angekündigt. Voraussetzung ist die ordnungsgemäße Teilnahme an der Erhebung und Übermittlung der Qualitätsdaten durch die Einrichtung. Die vollstationären Pflegeeinrichtungen erhalten zur Unterstützung der Umstellung im Jahr 2019 eine finanzielle Förderung.

- Das bisherige Einzelvertragsmodell in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) wird auf ein Zulassungsmodell mit einheitlichen Rahmenverträgen auf Bundesebene umgestellt. SAPV-Teams, die die Leistungsvoraussetzungen erfüllen, haben Anspruch auf den Abschluss von Versorgungsverträgen mit den Krankenkassen.
- Mit den in Artikel 7 Nummern 18 und 19 und Artikel 13a vorgesehenen Änderungen sowie den diesbezüglichen Regelungen zum Inkrafttreten in Artikel 14 wird die Übergangsregelung des § 324 SGB V, die ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit unter bestimmten Voraussetzungen Zugang zur freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt, um ein Jahr verlängert. Damit wird ausgeschlossen, dass es aufgrund der Kündigungsfristen in einer privaten Krankenversicherung zu einer Doppelbelastung der Betroffenen mit Beiträgen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kommt.
- Um die Arbeit der Gesundheitsbehörden zu erleichtern, sollen auch die mit der polizeilichen Kontrolle des grenzüberschreitenden Verkehrs beauftragten Behörden Daten über einreisende Personen erheben und an die Gesundheitsbehörden übermitteln können, die nach den erlassenen Rechtsverordnungen nach § 36 Absatz 6 oder Absatz 7 IfSG ein ärztliches Attest vorzulegen haben oder sich bei Nichtvorlage einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen haben, weil diese wegen ihrer Herkunft oder Lebenssituation einem erhöhten Infektionsrisiko für bestimmte schwerwiegende übertragbare Krankheiten ausgesetzt waren.

Der auf Ausschussdrucksache 19(14)38.1neu vorliegende Änderungsantrag Nummer 6 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD angenommen.

Die auf Ausschussdrucksache 19(14)38.1neu vorliegenden Änderungsanträge Nummer 1 bis 5 sowie Nummer 7 bis 19 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Der auf Ausschussdrucksache 19(14)38.2 vorliegende Änderungsantrag Nummer 10 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD angenommen.

Die auf Ausschussdrucksache 19(14)38.2 vorliegenden Änderungsanträge Nummer 1 bis 9 sowie Nummer 11 bis 23 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktion AfD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Der auf Ausschussdrucksache 19(14)38.4 vorliegende Änderungsantrag Nummer 12a wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und DIE LINKE. angenommen.

Zudem hat dem Ausschuss auf Ausschussdrucksache 19(14)38.5 ein Änderungsantrag der Fraktion der FDP vorgelegen, der mit dem Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt wurde. Dieser hatte folgenden Inhalt:

Änderungsantrag zu Artikel 11 Nummer 3 (§ 8 Absatz 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

„1. In Artikel 11 Nummer 3 wird § 8 Absatz 8 wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Angabe „2021“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.

b) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Förderungsfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung, damit verbundene Schulungen sowie die im Zusammenhang mit der Implementierung stehende Aufwendungen.“

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

c) In Satz 3 wird die Angabe „40“ durch die Angabe „64“ ersetzt.

d)In Satz 4 wird die Angabe „12 000“ durch die Angabe „32 000“ ersetzt.

Begründung des Änderungsantrages:

Zu Buchstabe a

Die Digitalisierung stellt einen Prozess dar. Bis das volle Potenzial ausgeschöpft wird, werden Jahre vergehen. Ebenso sind dauerhaft Updates der Hard- und Software und der Lizenzen notwendig. Außerdem muss den Pflegeeinrichtungen Raum für eine Evaluation der digitalen Maßnahmen gegeben werden. Sie benötigen die Möglichkeit, digitale Anwendungen nach einer Testphase notfalls als ineffizient zurückzuweisen und wiederum alternative Systeme zu implementieren. Die Änderung sieht daher vor, die die Förderperiode bis zum Jahr 2025 auszuweiten.

Zu Buchstabe b

Die Anschaffung digitaler und technischer Anwendungen ist nur ein Teilschritt der Digitalisierung. Es bedarf einer aus der Anschaffung resultierenden Prozessoptimierung, der Administration, dem Aufbau von Fachkompetenzen und vielen weiteren einhergehenden strukturellen Maßnahmen. Besonders beim Neuaufbau dieser Technologien und Kompetenzen ist zunächst mit einem Mehraufwand zu rechnen. Mit der Änderungen wird auch dieser Mehraufwand förderungsfähig.

Zu Buchstabe c

Das im Gesetzesentwurf der Bundesregierung vorgesehene Investitionsvolumen zur Digitalisierung in Höhe von 30.000 Euro ist deutlich zu niedrig angesetzt und unterschätzt den Investitionsstau in den Altenpflegeeinrichtungen. Die Änderung sieht daher eine Erhöhung der Summe auf 50.000 Euro vor. Die notwendigen Eigenanteile der Pflegeeinrichtungen zum Erreichen der maximalen Fördersumme werden im Vergleich zum vorgelegten Gesetzesentwurf konstant bei 18.000 Euro pro Einrichtung gehalten, wodurch sich der Anteil der Förderung auf bis zu 64 Prozent erhöht.

Zu Buchstabe d

Die Änderung resultiert auf der Änderung zu Buchstabe c.“

Zudem haben dem Ausschuss auf Ausschussdrucksache 19(14)38.3 zwei Änderungsanträge der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vorgelegen, die mit dem Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD, FDP und DIE LINKE. abgelehnt wurden. Die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 19(14)38.3 hatten folgenden Inhalt:

Änderungsantrag 1 – Zu Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe (§ 17b KHG)

„Artikel 1 Nummer 2 wird wie folgt geändert:

a) Buchstabe b wird wie folgt geändert:

In Absatz 4 Satz 9 wird der erste Halbsatz wie folgt geändert:

„Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 legen dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit die Berichte nach Satz 10 über die Auswirkungen“

b) Buchstabe c wird wie folgt neu gefasst:

‚Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Das Bundesministerium für Gesundheit führt eine Begleitforschung durch insbesondere zu den Auswirkungen der Einführung des Pflegebudgets auf die Qualität der pflegerischen Versorgung insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit hohem Pflegebedarf, die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte sowie zu den Veränderung in anderen Funktionsbereichen des Krankenhauses. Es schreibt dazu bis 31.12.2023 Forschungsaufträge aus. Das Bundesministerium für Gesundheit unterrichtet den Bundestag über die Ergebnisse der Begleitforschung.“‘

c) der bisherige Buchstabe c wird zu Buchstabe d.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung des Änderungsantrages:

Zu Buchstabe a

Durch die Änderung wird sichergestellt, dass der Deutsche Bundestag über die Inhalte des Zwischenberichtes sowie des Abschlussberichtes aus der Selbstverwaltung zu den Auswirkungen seiner Gesetzgebung Kenntnis erlangt.

Zu Buchstabe b

Zweck der Regelung ist ergänzend zu den die Kosten und die Zahl der Pflegepersonalstellen umfassenden Berichten der Selbstverwaltung nach Absatz 4 eine systematische wissenschaftliche Begleitforschung des neuen Pflegebudgets. Dabei soll wissenschaftlich insbesondere evaluiert werden, welche Auswirkungen das neue Vergütungsinstruments hat auf die Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten, auf die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte sowie Veränderungen beispielsweise hinsichtlich von Aufgaben und Stellenanzahl in den anderen Funktionsbereichen des Krankenhauses wie etwa auf die ärztlichen Berufe, den medizinisch-technischen Dienst sowie Funktionsdienste.“

Änderungsantrag 2 – Zu Artikel 9 Nummer 7 (§ 9 Abs. 1 KHEntgG)

„Artikel 9 Nummer 7 wird wie folgt geändert:

a) In Buchstabe a) Doppelbuchstabe cc) wird die Angabe „Nummern 7 bis 9“ durch die Angabe „Nummern 7 bis 8“ ersetzt.

b) Nummer 9 wird gestrichen.

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht bislang im Zusammenhang mit der Einführung eines Pflegebudgets die Streichung von pflegespezifischen Prozedurenschlüsseln nach §301 Abs. 2 Satz 2 SGB V vor.

Mit dem Änderungsantrag soll die vorgesehene Streichung der pflegespezifischen Prozedurenschlüssel aufgehoben werden.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Streichung würde dazu führen, dass Unterschiede in der Versorgung bei der Vergütung nicht mehr abgebildet werden können. So wird beispielsweise durch den OPS 9-20 („Hochaufwendige Pflege von Patienten“) sichtbar, wo hochaufwendige Patienten versorgt werden und ob diese Patienten auch die von ihnen benötigten Pflegeleistungen erhalten. Hochaufwendige Fälle werden nur durch entsprechende Indikatoren bzw. Schlüssel wirksam in der Kalkulation sichtbar, wenn Pflegeindikatoren im System gesetzt sind. Pflegespezifische Prozedurenschlüssel sorgen dafür, dass hochaufwendige Patienten eine Pflege entsprechend ihrem Bedarf erhalten. Eine Streichung bedeutet demnach einen wirkungslosen Pflegepersonalquotienten und eine deutliche Verschlechterung in der Kalkulation. Es ist demzufolge kontraproduktiv genau jene Schlüssel zu streichen, welche maßgebliche Unterschiede im Pflegeaufwand und Ressourceneinsatz darstellen können. Auf diese Weise wird die Chance verpasst, ein aufwandsarmes und bedarfsgerechtes Personalbemessungsinstrument zu etablieren.

In der öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses zu diesem Gesetzentwurf wurde durch Experten dargelegt, dass bei Streichung der pflegerelevanten OPS-Kodes aktivierend-therapeutische Pflegeleistungen welche in den letzten Jahren wieder vermehrt auf Normalstation etabliert wurden wie beispielsweise besondere die Selbständigkeit fördernde Pflegekonzepte bei demenziell erkranken Patientinnen und Patienten künftig nicht mehr in der Vergütung abgebildet und damit womöglich auch nicht mehr erbracht werden. Dies betrifft beispielsweise Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege (ZE 130).

Es besteht somit durch die Streichung der Prozedurenschlüssel das Risiko, dass eingeleitete Verbesserungen in der Pflege wie zum Beispiel Verbesserung der Pflegeprozessdokumentation etwa durch den Einsatz moderner Informationstechnologien, vermehrte aktivierende therapeutische Pflege, Erhöhung der pflegerischen Aufmerksamkeit bei demenziell erkrankten Patientinnen und Patienten wieder aufgegeben werden.

In der öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses zu diesem Gesetzentwurf wurde ferner dargelegt, dass mit der vorgesehenen Streichung der Schlüssel auch die Transparenz über erbrachte Pflegeleistungen abnimmt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Damit würde zwar mehr Geld für Pflegepersonal ausgegeben, aber es würde nicht nachgewiesen, dass dies durch mehr und bessere Pflegeleistungen auch bei den Patientinnen und Patienten ankommt.

Das im Gesetzentwurf vorgetragene Argument des Bürokratieabbaus ist im Übrigen nicht stichhaltig. Durch moderne, IT-gestützte Dokumentationsverfahren und konsequente Vermeidung von Doppeldokumentationen kann der Aufwand beschränkt werden.“

Zudem haben dem Ausschuss auf Ausschussdrucksache 19(14)38.6 weitere Änderungsanträge der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vorgelegen, die mit dem Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNE bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD, FDP und DIE LINKE. abgelehnt wurden. Die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 19(14)38.6 hatten folgenden Inhalt:

Änderungsantrag 3 zu Artikel 9 Nummer 2a – neu – (§ 5 des Krankenhausentgeltgesetzes)

„Nach Artikel 9 Nummer 2 wird Nummer 2a eingefügt:

‚2a. Dem § 5 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Soweit dem Krankenhaus in den Jahren 2018, 2019 und 2020 in Folge zwischenzeitlicher Konkretisierungen der Diagnoseschlüssel OPS 8-98b und OPS 8-981 in der Fassung des Jahres 2014 durch berechtigte Rückforderungsansprüche der Krankenkassen für in der Vergangenheit bereits abgeschlossene Abrechnungsverfahren der Jahre 2014, 2015 und 2016 zusätzliche Ausgaben entstehen, sind diese dem Krankenhaus auszugleichen. Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren dazu Gewährleistungszuschläge in entsprechender Höhe. Für eine entsprechende Prüfung hat das Krankenhaus den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen, aus dem die jeweiligen Ansprüche des Krankenhauses differenziert nachvollziehbar sind. Der dem Krankenhaus nach Satz 1 zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte sowie die sonstigen Entgelte finanziert. Der Zuschlag wird gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Ein Anspruch auf Zuschlag besteht nicht für zusätzliche Ausgaben, die aus Rückforderungsansprüche der Krankenkassen aufgrund von Qualitätsdefiziten der Leistungserbringung durch die Krankenhäuser entstehen.“‘

Begründung:

Mit der ergänzenden Regelung im Krankenhausentgeltgesetz wird dem Anliegen der Krankenhäuser Rechnung getragen, Mehrbelastungen aufgrund von jüngst ergangener höchstrichterlicher Rechtsprechung (BSG Urteil v. 19.06.2018 zur Auslegung der Transportentfernung im OPS 8-98b und OPS 8-981) entgegen zu wirken. Der Änderungsantrag regelt einen Ausgleich für Rückforderungsansprüche der Krankenkassen zu Gunsten der Krankenhäuser. Dieser Ausgleich trägt damit der durch die Rechtsprechung hervorgerufenen Belastung Rechnung und leistet einen wesentlichen Beitrag zur wirtschaftlichen Sicherheit von betroffenen Krankenhäusern.“

Änderungsantrag 4 zu Artikel 7 Nummer 8a – neu – (§ 109 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

„Nach Artikel 7 Nummer 8 wird folgende Nummer 8a eingefügt:

‚8a. Dem § 109 wird folgender Absatz 5 angefügt:

> *„(5) Ansprüche der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter Leistungen und Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen verjähren in zwei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entstanden sind. Satz 1 gilt für alle Ansprüche, die nach dem 01.01.2019 entstanden sind. Für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Verjährung gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs entsprechend.“‘*

Begründung:

§45 SGB I legt die Verjährungsfrist im Sozialrecht mit vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Forderung entstanden ist, fest. Diese Verjährungsfrist gilt gleichermaßen für Ansprüche der Krankenhäuser auf Zahlung der Vergütung erbrachter Leistungen und für Ansprüche der Krankenkassen auf Erstattung überzahlter Vergütungen. Die nunmehr eingefügte Regelung in § 109 SGB V normiert eine spezialgesetzliche Verjährungsvorschrift, die in strittigen Fällen zu einer schnelleren Herstellung des Rechtsfriedens beiträgt. Damit wird zukünftig das Verfahren der Abrechnungsprüfung beschleunigt, indem die Krankenhäuser zu einer korrekten Rechnungsstellung und die Krankenkassen zu einer schnellen Prüfung aufgefordert sind. Durch die Geltung der Regelung gleichermaßen für Krankenhäuser und Krankenkassen wird sichergestellt, dass eine symmetrische Frist

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

bei strittigen Abrechnungsfragen gilt und bereits aufgerechnete Forderungen nicht gerichtlich geltend gemacht werden müssen. Folglich werden die Sozialgerichte entlastet und ein Ungleichgewicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung vermieden. Für beide Seiten wird sichergestellt, dass das etablierte Forderungsmanagement und die Prüfprozesse umgestellt werden können.

Mit der Änderung trägt der Gesetzgeber auch der Intention des Beitragsschuldengesetzes Rechnung. Bereits 2013 hat er die Bedeutung gleich langer Spieße selbst erkannt. Die Krankenhäuser und Krankenkassen sind der Verpflichtung zum Abschluss eines symmetrisch ausgestalteten MDK Prüfverfahrens nachgekommen. In der sog. Prüfverfahrensvereinbarung konnten sich Krankenhäuser und Krankenkassen gerade auf solche bestehenden Symmetrien einigen. Zudem werden mit einer symmetrischen Frist die Anliegen des BRH-Gutachtens umgesetzt.“

Änderungsantrag 5neu zu Artikel 7 Nummer 17 Buchstabe a0 – neu – (§ 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

„Dem Artikel 7 Nummer 17 wird folgender Buchstabe a0 vorangestellt:

‚a0 Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

> *„Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information kann bei Auslegungsfragen zu den Prozedurenschlüsseln OPS 8-98b und OPS 8-981 in der Fassung des Jahres 2019 Klarstellungen und Änderungen mit Wirkung auch für die Vergangenheit vornehmen, soweit diese nicht zu erweiterten Anforderungen an die Verschlüsselung erbrachter Leistungen führen.“ ‘*

Begründung:

Die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen Verschlüsselungen der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) und des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) enthalten auch Ausführungen zur Anwendung dieser Schlüssel. Insbesondere bei den Komplexziffern des OPS handelt es sich hierbei teils um strukturelle Anforderungen, deren Erfüllung Voraussetzung für die Vergütung der entsprechenden Krankenhausleistungen ist. In der Praxis sind in der Vergangenheit Streitverfahren über die Auslegung dieser strukturellen Anforderungen aufgetreten. Aktuelles Beispiel hierfür sind die Urteile des Bundessozialgerichts vom 19. Juni 2018 zur Auslegung der Transportentfernung im OPS 8-98b. Um zu vermeiden, dass aufgrund derartiger Auslegungsunsicherheiten eine Vielzahl von zurückliegenden Abrechnungsverfahren erneut aufgegriffen und abgerechnet wird, wird klargestellt, dass das DIMDI zu den Prozedurenschlüsseln OPS 8-98b und OPS 8-981 in der Fassung des Jahres 2019 Klarstellungen und Änderungen der Formulierungen auch mit Wirkung für die Vergangenheit vornehmen kann. Zur Vermeidung einer unzulässigen Rückwirkung dürfen sich diese jedoch nicht zum Nachteil von Leistungserbringern nachträglich ändernd zu bereits abgeschlossenen Sachverhalten auswirken.“

Petitionen

Zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 19/4453, 19/4729 lag dem Ausschuss für Gesundheit eine Petition vor, zu der der Petitionsausschuss eine Stellungnahme nach § 109 der Geschäftsordnung angefordert hatte. Die Petition wurde in den Beratungsprozess einbezogen und der Petitionsausschuss entsprechend informiert.

Fraktionsmeinungen

Die **Fraktion der CDU/CSU** betonte, mit diesem Gesetz werde die Pflege nachhaltig und umfassend gestärkt, so dass von einem Paradigmenwechsel gesprochen werden könne. Es würden sehr maßgebliche und weitreichende Verbesserungen auf den Weg gebracht, so zum Beispiel die Herausnahme der Pflege aus den Diagnosis Related Groups (DRG). Damit werde den Krankenhäusern die Möglichkeit gegeben, ohne finanzielle Deckelung so viel Pflegepersonal wie nötig zu rekrutieren. Das Argument, es fehle das Geld, könne nicht mehr geltend gemacht werden, da die Finanzierung durch die Pflegebudgets sichergestellt werde. Auch in der Altenpflege komme es unter anderem mit der Schaffung von 13 000 zusätzlichen Stellen zu zahlreichen Verbesserungen. Zum Antrag der AfD hieß es, die geforderte Übernahme der Kosten für die Behandlungspflege würde in der Tat dazu führen, dass die Eigenanteile gesenkt werden könnten. Allerdings würden dadurch zwischen der Behandlungspflege und der „normalen“ Pflege neue Schnittstellen innerhalb der Einrichtungen geschaffen werden, so, die neue Probleme aufwerfen würden. Den von den Antragstellern angesprochenen Problemen würden durch die Maßnahmen des PpSG, so z.B. mit der Schaffung der 13 000 zusätzlichen Stellen für die medizinische Behandlungspflege in Altenheimen zielführend begegnet. Der Antrag der Fraktion DIE LINKE. zur Pflege im Krankenhaus fordere u.a.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

weitere Berufe aus den DRGs herauszunehmen (z.B. Hebammen, Heilmittelberufe, Ärzte, Reinigungskräfte). Dies lehne die Unionsfraktion ab, da dadurch das DRG-System nahezu ausgehöhlt werde. Die Beschränkung auf das Pflegepersonal sei zudem wegen des akuten Fachkräftemangels in diesem Bereich sachlich gerechtfertigt. Die Fraktion DIE LINKE. fordere in einem weiteren Antrag zurecht eine tarifliche Bezahlung in der ambulanten Behandlungspflege. Dem trage man mit einem entsprechenden Änderungsantrag Rechnung, wonach die Kassen künftig bei tariflicher Bezahlung in der Behandlungspflege im SGB XI keine Unwirtschaftlichkeit entgegenhalten können. Bei der Vorgabe von Bemessungszahlen in der Altenpflege hätten die Länder bereits entsprechende Vorgaben gemacht. Was den Pflegevorsorgefonds anbelange, so wolle man mit diesem sicherstellen, dass es nicht aufgrund der demografischen Entwicklung ab dem Jahr 2035 eine deutliche Erhöhung der Beiträge geben müsse. Die Anträge der Oppositionsfraktionen lehne die Unionsfraktion daher ab.

Die **Fraktion der SPD** erklärte, mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz setze die Koalition das im Koalitionsvertrag vereinbarte Sofortprogramm Pflege zeitnah und umfassend um. Es würden die Maßnahmen ergriffen, durch die die Arbeitsbedingungen sowohl im Krankenhaus und im Pflegeheim als auch in der ambulanten Pflege verbessert würden. Die Oppositionsfraktionen müssten anerkennen, dass im Rahmen des parlamentarischen Verfahrens der Regierungsentwurf verbessert und dass auch einige Vorschläge der Opposition aufgegriffen worden seien. Für den Pflegebereich im Krankenhaus werde ein Paradigmenwechsel eingeleitet, weil die Pflegekosten aus dem DRG-System gelöst würden und die Krankenhäuser künftig die tarifbedingen Pflegepersonalkosten in vollem Umfang refinanziert erhielten. Zudem würden zusätzliche Pflegekräfte extra finanziert. Damit werde die Pflege am Bett aus dem Krankenhauswettbewerb herausgenommen und die Grundlage für mehr Pflegepersonalstellen und eine damit verbunden bessere Arbeitsbedingungen sowie eine qualitativ hochwertige Versorgung der Pflegebedürftigen geschaffen. Durch den neuen Pflegequotienten werde Transparenz in der pflegerischen Versorgung gesteigert und die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen gewährleiste mehr Patientensicherheit. Wie diese Maßnahmen wirkten, werde die SPD-Fraktion sorgfältig beobachten. In den Verhandlungen mit dem Koalitionspartner sei es aber nicht gelungen, die Definition eines Personalstandards für eine qualitativ hochwertige Pflege in den einzelnen Krankenhausbereichen vorzubereiten. Langfristig werde man beobachten müssen, wie sich die Umgestaltung der Finanzierung der Krankenhauspflege auswirke. Es sei aber gelungen, ein Teil der Mittel des Pflegezuschlags zu erhalten. 200 Millionen Euro könnten für die Erhöhung der Landesbasisfallwerte verwendet und mit 50 Millionen Euro bestandsnotwendige Krankenhäuser in ländlichen Regionen unterstützen werden. Grundsätzlich habe man gerade in der stationären Pflege mehr als geplant erreicht. So wolle man statt 8 000 nun 13 000 zusätzliche Stellen für Pflegefachkräfte schaffen, die im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert würden. Wie sich diese Regelung auf die Rehabilitationseinrichtungen auswirke, werde man beobachten müssen. Hervorzuheben sei, dass in der häuslichen Krankenpflege die Tarifanerkennung verankert werde und dass die Wegezeiten für die ambulanten Dienste aufwandsgerecht vergütet würden. Zudem würden künftig bei Bedarf die Fahrtkosten zum Arzt oder Heilmittelerbringer in einem einfachen Verfahren übernommen. Insgesamt sei das Gesetz ein starkes Signal der politischen Handlungsfähigkeit. Die Anträge der Opposition werde man ablehnen.

Die **Fraktion der AfD** kritisierte, durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz werde eine Verbesserung der Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen der Altenpflege aus finanzieller Sicht nicht erreicht, da die Pflegekasse mit den Pauschalleistungen nur einen Bruchteil der Leistungen der medizinischen Behandlungspflege abdecke. Die Pflegebedürftigen in Heimen müssten diese Leistungen über den Eigenanteil finanzieren, obwohl sie weiterhin Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung entrichteten und unabhängig davon, ob sie behandlungspflegerische Leistungen in Anspruch nähmen, während diese Leistungen in der häuslichen Pflege komplett von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen würden. Um diese Ungerechtigkeit zu ändern, habe man einen eigenen Antrag vorgelegt, dem man selbstverständlich zustimme. Da sich aber positive und negative Aspekte des Gesetzes die Waage hielten, werde man sich bei der Abstimmung enthalten. Der Antrag der Fraktion DIE LINKE. habe mit der Herauslösung anderer Gesundheitsberufe aus dem DRG den richtigen Ansatz. Die logische Konsequenz sei aber die Abschaffung der DRG, wie man es selbst fordere. Die Forderung, den Pflegevorsorgefonds zu Lasten kommender Generationen umzuwandeln und Bundesmittel zur Begrenzung des Investitionskostenanteils für Heimbewohner bereitzustellen, könne nicht unterstützt werden, aber im Hinblick auf die positive Forderung zur Entlastung der Heimbewohner werde man sich enthalten. Die in den Änderungsanträgen der Grünen-Fraktion vorgeschlagenen Einzelmaßnahmen würden ebenfalls kritisch gesehen, da sie nicht zu einer nachhaltigen Sicherung und Verbesserung der pflegerischen Patientenversorgung führten und das DRG-System, das das Grundproblem darstelle, nur teilweise aufgelöst aber nicht abgeschafft werde. Daher auch hier

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

eine Enthaltung. Wie die FDP begrüße man eine stärkere Förderung der Digitalisierung in den Pflegeeinrichtungen. Aber dadurch verursachte Mehrkosten zu Lasten von Beitragszahlern lehne man ab und werde sich deshalb enthalten.

Die **Fraktion der FDP** bestätigt, dass der Gesetzentwurf die richtigen Probleme benenne, aber zu kurz greife, um die Situation nachhaltig zu verbessern. Im Gegenteil: Die Planwirtschaft im Gesundheitswesen und in der Pflege werde vorangetrieben. Das Gesundheitssystem werde weiter bürokratisiert und es sei mit deutlichen Beitragssteigerungen in der Kranken- und Pflegeversicherung zu rechnen. Es fehle ein umfassendes Konzept zur Gewinnung neuer Pflegekräfte, denn die Schaffung neuer Stellen sei sinnlos, wenn man sie nicht besetzen könne. Darüber hinaus müssten die Arbeitsbedingungen in der Pflege dringend verbessert werden. Dazu gehörten der Abbau von Bürokratie und eine Digitalisierungsoffensive. Im Krankenhaussektor sei eine stärkere Ambulantisierung, Zentralisierung und Spezialisierung erforderlich. Die Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRG, die auch von der Fraktion DIE LINKE. gefordert werde, und der Einführung eines Pflegebudgets stehe man kritisch gegenüber. Das DRG-System habe sich bewährt und die Ausgliederung werde das System und seine wettbewerblichen Möglichkeiten schwächen. Eine Ursache für die schwierige Situation in der Pflege sei die mangelnde Investitionsbereitschaft der Länder. Die Länder müssten ihrer Verantwortung stärker nachkommen. Dazu schlage die FDP vor, den Ländern, die ihren Investitionsverpflichtungen nachkämen, einen Bundeszuschuss zu gewähren. Die Anschubfinanzierung bei der Digitalisierung werde begrüßt, aber man befürchte, dass der Effekt verpuffen werde, da es an Digitalisierungsstrategien und einer gemeinsamen Lösung für die sektorenübergreifende medizinische und pflegerische Versorgung fehle. Durch die Schaffung von 13 000 zusätzlichen Stellen in der vollstationären Altenpflege werde die Ungleichheit zur medizinischen Behandlungspflege im ambulanten Bereich reduziert. Grundsätzlich sei die Forderung, die medizinische Behandlungspflege auch für stationär behandelte Pflegebedürftige aus Mitteln der GKV zu finanzieren, richtig. § 37 SGB V sehe aber eine Ausnahme für Menschen in stationären Einrichtungen, die einen besonders hohen medizinischen Aufwand haben, vor. Eine Abschaffung ohne sofortige Anschlussregelung werde die Finanzierung aus Mitteln der Krankenversicherung nicht zulassen, wenn nicht eine vollständige Refinanzierung aus SGB V gewährleitet sei. Außerdem fehle im dazu vorliegenden Antrag der AfD ein Finanzierungsmodell für die Herauslösung der medizinischen Behandlungspflege aus den stationären Einrichtungen. Deshalb lehne man den Antrag der AfD ab. Die Fraktion DIE LINKE. fordere unter anderem die Auflösung des Pflegvorsorgefonds. Dieser müsse auf jeden Fall im Sinne der Generationengerechtigkeit erhalten bleiben. Wenn er wie aktuell Negativzinsen schreibe, müsse man dringend über eine Überarbeitung der Anlagestrategien nachdenken.

Die **Fraktion DIE LINKE.** hob hervor, dass einige Maßnahmen dieses Gesetzes große Erfolge der protestierenden Krankenhausbelegschaften darstellten. Dazu gehörten die Herausnahme der Krankenhauspflege aus den DRGs und die Überführung in ein Pflegebudget. Gleiches gelte für die Refinanzierung der Tarifsteigerungen sowohl für die Krankenhauspflege als auch für die häusliche Krankenpflege. Positiv sei auch die Fortführung und Verbesserung des Pflegestellenförderprogrammes. Allerdings gingen diese Regelungen teilweise nicht weit genug oder seien handwerklich nicht korrekt, so zum Beispiel bei den Personaluntergrenzen. Gebraucht werde ein valides Instrument zur bedarfsgerechten Personalbemessung in den Krankenhäusern. Dieses werde mit den vorliegenden Gesetzesänderungen nicht geschaffen. Außerdem fordere man, dass auch die Stärkung der anderen Beschäftigungsgruppen in den Krankenhäusern in den Fokus genommen werde. Zum Thema Investitionskostenfinanzierung für die Krankenhäuser hieß es, es gebe seit langem ein Schwarzer-Peter-Spiel zwischen Bund und Ländern. Die Fraktion schlage daher seit Jahren vor, dass der Bund Mittel bereitstelle, wenn die Länder Gelder in gleicher Höhe beisteuerten. Außerdem bemängelte die Fraktion, dass das Personalbemessungsinstrument in der Altenpflege erst im Jahr 2020 eingeführt werde solle, obwohl sofort Personalstandards gebraucht werden. Trotz richtiger Einzelschritte fehle ein Gesamtkonzept vor allem in der Altenpflege und zu Entlastung Familien mit Pflegebedarf. Für eine bedarfsgerechte Finanzierung der Pflegeversicherung lägen die Vorschläge der LINKE auf dem Tisch.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** begrüßte, dass die Personalprobleme in der Pflege vom Gesundheitsausschuss in den Fokus genommen würden und es nun zu einigen Verbesserungen komme. Ein schwerwiegendes Defizit sei allerdings die einseitige Konzentration auf die Krankenhauspflege. Da die verschiedenen Pflegefachberufe miteinander in Verbindung stünden sei zu befürchten, dass es zu einer Abwanderung von Pflegekräften aus der Langzeit-, Rehabilitations- und ambulanten Pflege komme. Außerdem reichten die vorgesehenen 13 000 neuen Stellen in Pflegeeinrichtungen bei weitem nicht aus, um den Bedarf zu decken. Des Weiteren sei es

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

ein Systemfehler, dass die medizinische Behandlungspflege in der stationären Langzeitpflege aus der Pflegeversicherung finanziert werde. Die Krankenversicherungen müssten die Kosten der medizinischen Behandlungspflege übernehmen, so wie es in der häuslichen Pflege üblich sei. Angesichts der steigenden finanziellen Belastung der Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtungen sei dies dringend geboten. Im Hinblick auf die Pflege im Krankenhaus sei es bedauerlich, verpasse die Koalition mit dem Gesetz die Chance die Pflege qualitativ aufzuwerten und eine bedarfsgerechte Personalbemessung einzuführen. Auch das Problem der unzureichenden Investitionsfinanzierung im Krankenhaus werde mit dem Gesetz nicht behoben.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksachen 19/4453, 19/4729 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken.

Zu Artikel 1

Zu Nummer 2 (§ 17b Absatz 4 Satz 1 KHG)

Zu Buchstabe b

Zu Satz 1

Die Änderung konkretisiert die auszugliedernden Pflegepersonalkosten und verhindert Fehlentwicklungen.

Die auszugliedernden Pflegepersonalkosten werden als diejenigen konkretisiert, die für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, also für die Pflege am Bett (siehe dazu auch Vorgaben der Krankenhaus-Buchführungsverordnung zu den Konten 6001, 6101, 6201, 6301 und 6401) entstehen. Dieser Rahmen ist sowohl vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bei seiner Konzepterstellung als auch von den Vertragsparteien auf Bundesebene bei ihrer auf dem Konzept basierenden Vereinbarung einzuhalten. Der Pflege am Bett sind alle in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen entstehenden Kosten für Pflege- und Pflegehilfspersonal im stationären Bereich zuzuordnen. Orientiert an den Vorgaben des Handbuchs zur Kalkulation von Behandlungskosten, Version 4.0, der Vertragsparteien auf Bundesebene (S. 248) sowie dessen Umsetzung in den Erläuterungen zum Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2018/Katalog_zur_Risikoadjustierung_fuer_Pflegeaufwand_Pflegelast-Katalog/Katalog_zur_Risikoadjustierung_fuer_Pflegeaufwand_Pflegelast-Katalog, S. 2 ff), umfasst dies die Personalkosten des Pflegedienstes, die auf den Kostenstellen Normalstation, Intensivstation, Dialyse und in der Patientenaufnahme zu buchen sind. Damit werden die in der Pflege am Bett tätigen Pflegepersonalkosten der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, der Altenpflege, Krankenpflegehilfe, zukünftig von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern, Gesundheits- und Pflegeassistenz, Pflegefachhilfe, Altenpflegehilfe, Sozialassistenz und Kinderpflegehelfer erfasst.

Nicht umfasst sind z. B. die Pflegepersonalkosten für Funktionspersonal im Operationsbereich (OP-Bereich), in der Anästhesie, den diagnostischen und therapeutischen Bereichen oder der medizinischen Infrastruktur. Anders als bei der Pflege am Bett, deren Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System ausgegliedert und zukünftig krankenhausindividuell erstattet werden, werden diese Kosten weiterhin über die pauschalierenden Entgelte des DRG-Systems vergütet. Damit werden mögliche Fehlentwicklungen verhindert, die bei einer durch die Kostenerstattung stark geförderten personellen Ausweitung der diagnostischen und interventionellen Krankenhausbereiche in Form einer dynamischeren Leistungsentwicklung eintreten können.

Zu Satz 2

Für die Zuordnung von Pflegepersonal, das teilweise sowohl in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen als auch teilweise in pflegeentfernten Bereichen eingesetzt ist (z. B. OP-Bereich), sind von den Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. Januar 2019 Zuordnungsregeln zu vereinbaren, die ermöglichen, dass nur überwiegend bei der Pflege am Bett entstehende Pflegepersonalkostenanteile ebenfalls aus dem DRG-System ausgegliedert werden.

Zu Artikel 2

Zu Nummer 0 (§ 10 Absatz 2 Satz 1 KHG)

Der Gesetzgeber verpflichtet die Vertragsparteien auf Bundesebene, auch die Investitionsbewertungsrelationen auf einer repräsentativen Grundlage zu kalkulieren. Hierzu werden auf der Basis eines Konzepts der Vertragsparteien auf Bundesebene einzelne Krankenhäuser, die im Hinblick auf relevante Kalkulationsmerkmale zu einer Verbesserung der Repräsentativität beitragen, zu einer Kalkulationsteilnahme verpflichtet. Die Regelung beugt

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

der Gefahr vor, dass durch Widerspruch oder Klage eine repräsentative Datengrundlage nicht erreicht wird (siehe auch Ausführungen zu den in § 17b Absatz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) vorgesehenen Änderungen). Zur Kalkulationsteilnahme verpflichtete Krankenhäuser, die keine verwertbaren Daten liefern, haben nach bereits nach geltender Rechtslage die von den Vertragsparteien auf Bundesebene in der Vereinbarung nach § 17b Absatz 3 Satz 4 und 5 – neu – KHG festgelegten Abschläge zu tragen.

Zudem handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung zweier Sätze in § 17b Absatz 3 KHG.

Zu Nummer 1

Zu Absatz 1

Zu Satz 4 Nummer 1

Die Regelung stellt eine Ausnahme von dem Grundsatz des § 5 Absatz 1 Nummer 1 dar, wonach Hochschulkliniken aus der Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz ausgenommen sind. Gleichwohl ist zu berücksichtigen, dass die Behandlung von seltenen, schwerwiegenden und komplexen Erkrankungen zu einem großen Teil an den Hochschulkliniken stattfindet, sodass eine ausnahmsweise Förderung gerechtfertigt erscheint. Aufgrund des Ausnahmecharakters der Regelung sind die im Zusammenhang mit der Bildung eines Zentrums zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen bei den beteiligten Hochschulkliniken entstehenden Kosten nur dann förderungsfähig, wenn Universitätskliniken und nicht universitäre Krankenhäuser an diesen Vorhaben gemeinsam beteiligt sind. Zur Stärkung der Zentrumsfunktion der Hochschulkliniken sind darüber hinaus nur solche Vorhaben förderfähig, die zu einer Konzentration entsprechender Versorgungskapazitäten an den Hochschulkliniken führen. Konzentrationsvorhaben, die diese Förderkriterien nicht erfüllen, bleiben weiterhin förderfähig, namentlich als privilegierte Konzentrationsvorhaben im Rahmen von Krankenhausverbünden (zum Umfang der Förderung siehe § 12 Absatz 1 Nummer 2 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung) oder als sonstige Konzentrationsvorhaben, die nicht der privilegierten Förderung unterliegen (zum Umfang der Förderung siehe § 12 Absatz 1 Nummer 1 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung).

Zu Satz 5neu

Durch die Förderung der Einbindung von Hochschulkliniken in telemedizinische Netzwerkstrukturen soll der besondere medizinische Sachverstand der im Rahmen dieser Vorhaben zur Geltung gebracht werden.

Zu Absatz 3 Satz 3

Durch die Änderung wird geregelt, dass eine Förderung aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds nicht schon dann vollständig ausgeschlossen ist, wenn der Krankenhausträger gegenüber dem Land zur Rückzahlung von in der Vergangenheit gewährten Investitionsfördermitteln verpflichtet ist. Vielmehr soll das Bestehen einer Rückzahlungsverpflichtung nur zu einer entsprechenden Kürzung des Förderbetrags führen. Hierdurch wird vermieden, dass eine Förderung sinnvoller strukturverbessernder Vorhaben unterbleibt, weil der Krankenhausträger Investitionsfördermittel in unter Umständen verhältnismäßig geringer Höhe zurückzahlen muss. Die Änderung entspricht einem Vorschlag des Bundesrats.

Zu Nummer 3 (§ 17b KHG)

Zu Buchstabe a (Überschrift § 17b KHG)

Es handelt sich um eine rechtsförmliche Änderung der Paragraphenüberschrift, die erkennen lassen soll, dass die Vorschrift eine Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen enthält.

Zu Buchstabe b (§ 17b Absatz 2 Satz 2 KHG)

Die Änderung von § 17b Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) präzisiert den Verhandlungsauftrag für die Vertragsparteien auf Bundesebene. Sie steht im Zusammenhang mit der gesetzlichen Vorgabe von § 8 Absatz 5 Satz 3 – neu – des Krankenhausentgeltgesetzes, wonach die Regelungen zur Fallzusammenführung als abschließende Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu verstehen sind. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben insbesondere zu prüfen, inwieweit die Abrechnungsbestimmungen wirtschaftliche Versorgungsstrukturen und Verfahrensweisen gewährleisten oder eine Weiterentwicklung erforderlich ist.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe c (§ 17b Absatz 3 KHG)

Zu Doppelbuchstabe aa (§ 17b Absatz 3 Satz 4 und 5 KHG)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, die inhaltsgleich der Änderung des Gesetzentwurfs entspricht.

Zu Doppelbuchstabe bb (§ 17b Absatz 3 Satz 6 – neu – KHG)

Der Gesetzgeber verpflichtet die Vertragsparteien auf Bundesebene, die Entgeltsysteme (DRG-System mit Pflegepersonalkosten, Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik, Investitionsbewertungsrelationen) auf einer repräsentativen Grundlage zu kalkulieren. Hierzu werden seit dem Jahr 2016 auf der Basis eines Konzepts der Vertragsparteien auf Bundesebene einzelne Krankenhäuser, die im Hinblick auf relevante Kalkulationsmerkmale (z. B. Trägerschaft, Leistungsbereiche) zu einer Verbesserung der Repräsentativität beitragen, zu einer Kalkulationsteilnahme verpflichtet. Eine repräsentative und unverzerrte Kalkulationsgrundlage ist von überragender Bedeutung für die Entwicklung und Weiterentwicklung von belastbaren Entgeltsystemen. Die Änderung gewährleistet, dass sich Krankenhäuser, die zu einer Kalkulationsteilnahme verpflichtet wurden, nicht durch Widerspruch oder Klage einer Kalkulationsteilnahme entziehen können. Die Regelung beugt damit der Gefahr vor, dass durch Widerspruch oder Klage eine repräsentative Datengrundlage nicht erreicht wird (siehe auch Änderungen zu § 10 Absatz 2 und § 17d Absatz 1 KHG). Zur Kalkulationsteilnahme verpflichtete Krankenhäuser, die keine verwertbaren Daten liefern, haben nach bereits geltender Rechtslage die von den Vertragsparteien auf Bundesebene in der Vereinbarung nach den Sätzen 4 und 5 festgelegten Abschläge zu tragen.

Zu Buchstabe d (§ 17b Absatz 7 KHG)

Zu Doppelbuchstabe aa (§ 17b Absatz 7 Satz 1 KHG)

Die Regelungen gewährleisten, dass bei nach Absatz 4 von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu treffenden Entscheidungen, die nicht oder nicht fristgerecht getroffen werden, eine Ersatzvornahme des Bundesministeriums für Gesundheit durch Rechtsverordnung nach den Vorgaben von Absatz 7 Satz 1 bis 5 möglich ist.

Zu Doppelbuchstabe bb (§ 17b Absatz 7 Satz 6 KHG)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung von Absatz 3 Satz 4 und 5 KHG.

Zu Nummer 4

Der Gesetzentwurf sieht in § 301 Absatz 2a – neu – des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) eine Übermittlungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen zu den Pflegegraden ihrer Versicherten vor. Durch diese Übermittlungspflicht wird gewährleistet, dass Krankenhäuser die Zusatzentgelte für einen erhöhten Pflegeaufwand bei Patientinnen und Patienten auf einer belastbaren Informationsbasis abrechnen können. Damit diese Zusatzentgelte auch für privat versicherte Patientinnen und Patienten auf einer gesicherten Basis abgerechnet werden können, werden die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der Privaten Krankenversicherung beauftragt, eine Vereinbarung zur Übermittlung der Daten entsprechend § 301 Absatz 2a SGB V zu treffen. Damit wird an der Vertragspartnerschaft beider Seiten zu der bestehenden Rahmenvereinbarung zum elektronischen Datenaustausch angeknüpft. Die Übermittlung setzt jeweils die schriftliche Einwilligung der privat Versicherten voraus.

Zu Artikel 4

Zu Nummer 3 (§ 18 Absatz 3 Satz 3 BPflV)

Mit der Ergänzung des Satzes 3 wird gewährleistet, dass für das Jahr 2019 eine Rückzahlung von Mitteln oder eine Absenkung des Gesamtbetrags nicht vorzunehmen ist, wenn die zur Erreichung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung vereinbarten Personalmittel vollständig für die Finanzierung von Personal gemäß der Psychiatrie-Personalverordnung verwendet worden sind. Ein zweckwidriger Einsatz von Mitteln, die für Personalkosten für Personal gemäß der Psychiatrie-Personalverordnung vereinbart wurden, liegt demgegenüber z. B. dann vor, wenn vom Krankenhaus Personalmittel für sonstige Personalbereiche außerhalb der Psychiatrie-Personalvorgaben oder für investive Zwecke eingesetzt werden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 4a (§ 17d Absatz 1 KHG)

Der Gesetzgeber verpflichtet die Vertragsparteien auf Bundesebene, auch das nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zu vereinbarende pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik auf einer repräsentativen Grundlage zu kalkulieren. Hierzu werden auf der Basis eines Konzepts der Vertragsparteien auf Bundesebene einzelne Krankenhäuser, die im Hinblick auf relevante Kalkulationsmerkmale zu einer Verbesserung der Repräsentativität beitragen, zu einer Kalkulationsteilnahme verpflichtet. Die Regelung beugt der Gefahr vor, dass durch Widerspruch oder Klage eine repräsentative Datengrundlage nicht erreicht wird (siehe auch Ausführungen zu den in § 17b Absatz 3 KHG vorgesehenen Änderungen). Zur Kalkulationsteilnahme verpflichtete Krankenhäuser, die keine verwertbaren Daten liefern, haben nach bereits geltender Rechtslage die von den Vertragsparteien auf Bundesebene in der Vereinbarung nach § 17b Absatz 3 Satz 4 und 5 – neu – KHG festgelegten Abschläge zu tragen.

Zudem handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung zweier Sätze in § 17b Absatz 3 KHG.

Zu Artikel 5

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe b

Durch die Änderung wird zum einen geregelt, dass die Verwendungsnachweise – ebenso wie die Unterlagen über die Auswertung der Wirkungen der Förderung – nur dem Bundesversicherungsamt vorzulegen sind, nicht aber alternativ auch der mit der Auswertung beauftragten Stelle. Die Regelung trägt zur Verwaltungsvereinfachung bei. Zum anderen erhält das Bundesversicherungsamt die Möglichkeit, die Frist für die Vorlage der Verwendungsnachweise in begründeten Ausnahmefällen einmalig zu verlängern. Dies kann angezeigt sein, wenn sich die Erstellung geprüfter Verwendungsnachweise durch die Länder wegen verspäteter Rechnungsstellungen oder der Erforderlichkeit von Mängelbeseitigungen verzögert. Diese Änderung entspricht einem Vorschlag des Bundesrats.

Zu den Buchstaben c und d

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung des Buchstabens b.

Zu Nummer 4

Zu § 11 Absatz 1

Es handelt sich zum einen um eine Folgeänderung zur Einschränkung der Förderung zentrumsbildender Maßnahmen durch Konzentration von Versorgungskapazitäten zur Behandlung schwerwiegender, komplexer und seltener Erkrankungen auf solche Vorhaben, mit denen die entsprechenden Versorgungskapazitäten im Rahmen gemeinsamer Vorhaben von Hochschulkliniken und nicht universitären Krankenhäusern an den Hochschulkrankenhäusern konzentriert werden. Darüber hinaus werden die Hochschulkrankenhäuser in die Förderung telemedizinischer Netzwerkstrukturen einbezogen.

Zu § 12 Absatz 1 Nummer 1

Um die Anreize für die Krankenhausträger, nicht bedarfsgerechte akutstationäre Versorgungskapazitäten abzubauen, weiter zu erhöhen, werden die Pauschalbeträge, mit denen die Stilllegung von Krankenhausbetten gefördert werden kann, deutlich erhöht. Dies trägt einem Anliegen des Bundesrats Rechnung. Bleiben die tatsächlichen Kosten im Einzelfall hinter den erhöhten Pauschalbeträgen zurück, ist die Förderung auf die Höhe der tatsächlichen Kosten begrenzt. Bei vollständiger Schließung eines Krankenhauses oder eines Krankenhausstandorts bleibt es dabei, dass die Kosten der Schließung in voller Höhe gefördert werden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Artikel 6

Zu Nummer 1

Die Zielsetzung des Vorschlags Nummer 24 des Bundesrates in seiner Stellungnahme vom 21. September 2018 (Bundestags-Drucksache 19/4453, S. 124) wird in abgewandelter Form umgesetzt. Es werden Regelungen dazu getroffen, dass die Gesundheitsämter ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege außerhalb eigener Räumlichkeiten z. B. zur außerklinischen Beatmungspflege in sogenannten „Beatmungs-WGs“ leisten, auch an dem Ort, an dem die Intensivpflege erbracht wird, infektionshygienisch überwachen können.

Mit dem neuen § 15a wird eine eigenständige und zentrale Regelung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) über die Verpflichtungen von Personen und die Befugnisse des Gesundheitsamtes bzw. der zuständigen Behörde bei der Erfüllung von Überwachungsaufgaben geschaffen. Dadurch wird mehr Rechtsklarheit insbesondere über den Umfang der behördlichen Befugnisse bei der Überwachung geschaffen. Wiederholungen in den verschiedenen Abschnitten des IfSG werden vermieden. Aufgrund ihrer Zielrichtung, die Verhütung übertragbarer Krankheiten zu fördern, wird die Regelung am Anfang des 4. Abschnitts eingeordnet.

Absatz 1 regelt den Anwendungsbereich der Vorschrift.

Die Absätze 2 und 3 greifen die bisherigen Regelungen in § 23 Absatz 7 und § 36 Absatz 3 auf und schaffen zudem auch für die Überwachungen nach § 37 Absatz 3 Satz 2 und § 41 Absatz 1 Satz 3 an die Situation der Überwachung angepasste Rechtsgrundlagen. Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 regelt eine Befugnis der mit der Überwachung betrauten Personen zum Betreten und Besichtigen von Grundstücken, die nicht unter Nummer 1 fallen, und Wohnräumen. Diese Befugnisse werden mit Blick auf die Stellungnahme des Bundesrates im Rahmen der Überwachung von ambulanten Pflegediensten, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohn-formen erbringen, benötigt. Darüber hinaus können diese Befugnisse in Einzelfällen auch bei anderen Überwachungen erforderlich sein, etwa für die Entnahme von Trinkwasserproben aus einer Hausinstallation, für das Betreten von Wohnräumen in einem Pflegeheim oder für die Überwachung von Einrichtungen zur Abwasserbeseitigung, wenn es sich bei dem Abwasserbeseitigungspflichtigen um eine Privatperson handelt. Die Ausübung der Befugnis wird – analog zu Nummer 1 – auf einen zeitlichen Rahmen beschränkt. Absatz 3 Satz 3 setzt das Zitiergebot nach Artikel 19 Absatz 1 Satz 2 des Grundgesetzes um im Hinblick auf den sich aus Satz 1 Nummer 2 und Satz 2 ergebenen Eingriff in das Grundrecht auf Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) zur Bekämpfung von Seuchengefahr.

Absatz 4 stellt klar, dass die sich aus anderen Vorschriften des Gesetzes ergebenden weitergehenden Pflichten und die Befugnisse für Ermittlungen oder Maßnahmen unberührt bleiben.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Mit § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 10 wird die Empfehlung Nummer 23 des Bundesrates in seiner Stellungnahme vom 21. September 2018 (Bundestags-Drucksache 19/4453, S. 123) umgesetzt.

Mit § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 11 werden im Hinblick auf Vorschlag Nummer 24 des Bundesrates in seiner Stellungnahme vom 21. September 2018 (Bundestags-Drucksache 19/4453, S. 124) ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen, aufgrund der Infektionsrisiken und des medizinischen Charakters der erbrachten Leistungen der allgemeinen Pflicht zur Verhütung nosokomialer Infektionen und zur Vermeidung der Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, nach § 23 Absatz 3 unterworfen.

Zu Buchstabe b

Die ambulanten Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen, haben Hygienepläne zu erstellen. Eine entsprechende Verpflichtung ergab sich bislang bereits aus § 36 Absatz 1 Nummer 7.

Zu Buchstabe c

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Satz 1 stellt klar, dass die Überwachung der ambulanten Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen, sich auch auf die Orte erstreckt, an denen die Leistungen der Intensivpflege erbracht werden. Das Gesundheitsamt wählt aus, an welchen dieser Orte es Überwachungsmaßnahmen durchführt. Hierfür regelt Satz 2 eine Pflicht des Pflegedienstes zur Auskunft über die erforderlichen Kontaktdaten. Mithilfe der Kontaktdaten kann das Gesundheitsamt vor der Durchführung von Überwachungsmaßnahmen mit den Intensivpflegebedürftigen bzw. ihren Vertretungsberechtigten Kontakt aufnehmen, um die Durchführung der Überwachung unter Berücksichtigung von Interessen der Pflegebedürftigen zu organisieren. Dabei kann auch das Einverständnis in das Betreten der Wohnräume eingeholt werden, so dass es insofern eines Gebrauchs der Befugnisse nach § 15a Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 nicht mehr bedarf.

Zu Buchstabe d

Absatz 7 kann aufgehoben werden, da die Befugnisse des Gesundheitsamtes im Rahmen der Überwachung nunmehr einheitlich in § 15a geregelt sind.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 2 Buchstabe b.

Zu Buchstabe b

Absatz 3 kann aufgehoben werden, da die Befugnisse des Gesundheitsamtes im Rahmen der Überwachung nunmehr in § 15a geregelt sind.

Zu Buchstabe c bis e

Entspricht Nummer 2 Buchstabe a bis c des Gesetzentwurfs der Bundesregierung.

Zu Buchstabe f

Die Verordnungen nach § 36 Absatz 6 und 7 IfSG bestimmen jeweils den Umfang der zu erfassenden Personen und daher auch die Gebiete, aus denen diese Personen einreisen. Um die Arbeit der Gesundheitsbehörden zu erleichtern, sollen auch die mit der polizeiliche Kontrolle des grenzüberschreitenden Verkehrs beauftragten Behörden den Gesundheitsbehörden Daten über die Personen übermitteln können, die nach den erlassenen Rechtsverordnungen nach § 36 Absatz 6 oder Absatz 7 IfSG ein ärztliches Attest vorzulegen haben oder sich bei Nichtvorlage einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen haben. Sofern bei den jeweiligen mit der polizeilichen Kontrolle des grenzüberschreitenden Verkehrs beauftragten Behörden die Daten nach Satz 2 noch nicht vorliegen, werden sie nach Satz 3 ermächtigt, diese Daten bei den in der Rechtsverordnung nach § 36 Absatz 6 Satz 1 IfSG oder in der Rechtsverordnung nach § 36 Absatz 7 Satz 1 IfSG genannten Personen zu erheben.

Zu Buchstabe g

Entspricht Nummer 2 Buchstabe e des Gesetzentwurfs der Bundesregierung.

Zu Nummer 4

Die Sätze 2 und 3 können aufgehoben werden, da die Befugnisse des Gesundheitsamtes im Rahmen der Überwachung nunmehr einheitlich in § 15a geregelt sind.

Zu Nummer 5

Die Sätze 3 und 4 können aufgehoben werden, da die Befugnisse der zuständigen Behörde im Rahmen der Überwachung nunmehr einheitlich in § 15a geregelt sind. Satz 5 kann im Hinblick auf den neuen § 15a Absatz 4 entfallen.

Zu Nummer 6

Entspricht Nummer 3 des Gesetzentwurfs der Bundesregierung.

Zu Nummer 7

Zu Buchstabe a

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Es handelt sich um Folgeänderungen zu Nummer 1, Nummer 2 Buchstabe d, Nummer 3 Buchstabe b, Nummer 4 und Nummer 5. Einzelne Lücken bei den Bußgeldbewehrungen werden geschlossen. Die Reihenfolge der Nummern 3 bis 5 wird an den neuen § 15a angepasst.

Zu Buchstabe b

Entspricht Nummer 4 des Gesetzentwurfs der Bundesregierung.

Zu Artikel 7

Zu Nummer 0 (§ 11 SGB V)

Der Leistungsanspruch auf die medizinisch erforderliche Mitaufnahme einer Begleitperson wird um die Möglichkeit der Unterbringung der Begleitperson auch außerhalb der stationären Einrichtung erweitert.

Sowohl aus organisatorischen als auch aus medizinischen Gründen kann es notwendig sein, dass eine Begleitperson, für die die Voraussetzung einer Mitaufnahme bei stationärer Behandlung vorliegt, außerhalb des Krankenhauses bzw. der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung untergebracht wird. Besteht beispielsweise ein erhöhtes Infektionsrisiko oder reichen im Einzelfall die stationären Kapazitäten eines Krankenhauses nicht aus, können mitaufzunehmende Begleitpersonen künftig auch außerhalb der stationären Einrichtung untergebracht werden.

Für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb der stationären Einrichtung, in der die Behandlung des Versicherten durchgeführt wird, gelten die gleichen Voraussetzungen wie für die Mitaufnahme als Begleitperson nach Satz 1, d.h. die Anwesenheit der Begleitperson muss aus medizinischen Gründen notwendig sein. Ist die Mitaufnahme der Begleitperson in der stationären Einrichtung nicht möglich, bestimmt die Krankenkasse nach pflichtgemäßem Ermessen Art und Umfang der Leistungen für eine auswärtige Unterbringung der Begleitperson. Die Entscheidung der Krankenkasse ist im Einzelfall zu treffen. In ihrer Höhe sind die Leistungen der Krankenkasse für eine auswärtige Unterbringung der Begleitperson auf die Höhe der Kosten begrenzt, die bei einer Mitaufnahme in die stationäre Einrichtung angefallen wären.

Zu Nummer 6

Zu Buchstabe b

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung, dass bei einer stationären medizinischen Rehabilitation pflegender Angehöriger die Krankenkasse zusätzlich verpflichtet wird, die Pflegeleistungen für die Pflegebedürftigen nach dem Elften Buch festzustellen und - mit nachträglicher Erstattung durch die Pflegekasse - zu erbringen, wird geändert. Es werden zwei Fallgestaltungen unterschieden: Wenn die Pflegebedürftigen in der Einrichtung versorgt werden sollen, die auch die Rehabilitation für die pflegenden Angehörigen erbringt, umfasst der Anspruch der pflegenden Angehörigen gegen ihre Krankenkasse auch die Mitaufnahme und Versorgung der Pflegebedürftigen. Insoweit handelt es sich neben der Regelung in § 11 Absatz 3 um einen weiteren Fall einer Mitaufnahme einer weiteren Person in derselben Einrichtung, in der der Versicherte stationär behandelt wird. Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen als in der Einrichtung der pflegenden Angehörigen aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse der Pflegebedürftigen deren Versorgung auf Wunsch der pflegenden Angehörigen und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen. Bei dieser Alternative entscheidet die Pflegekasse der Pflegebedürftigen über die Pflegeleistungen, die für die Versorgung der Pflegebedürftigen erforderlich sind, nach den für sie geltenden Vorschriften. Wenn pflegende Angehörige dies wünschen und die Pflegebedürftigen einwilligen, ist die Krankenkasse der pflegenden Angehörigen verpflichtet, das Bewilligungsverfahren zur Rehabilitationsleistung mit dem Antragsverfahren bei der Pflegekasse der Pflegebedürftigen zu koordinieren. Pflegende Angehörige sollen so davon entlastet werden, sich um die gleichzeitige Unterbringung der Pflegebedürftigen kümmern zu müssen. Gleichzeitig bleibt die Feststellung von Ansprüchen auf Leistungen nach dem Elften Buch der Pflegekasse vorbehalten, und das im Gesetzentwurf vorgesehene Kostenerstattungsverfahren zwischen Kranken- und Pflegekasse ist nicht erforderlich.

Im Vergleich zur Regelung im Gesetzentwurf verringert sich der Aufwand für die Krankenkassen deutlich, da die Bewilligung und Erbringung der Leistungen mit einem nachträglichen Erstattungsverfahren gegenüber der Pfle-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

gekasse entfällt. Die Pflegekassen werden in den Fällen entlastet, in denen bei gleichzeitiger Aufnahme des Pflegebedürftigen in der Rehabilitationseinrichtung die Krankenkasse die Kosten für Aufnahme und pflegerische Versorgung übernimmt.

Zu Nummer 7

Durch den Abschluss von Kooperationsverträgen nach § 119b Absatz 1 wird der Zugang von in stationären Pflegeeinrichtungen lebenden mobilitätseingeschränkten Versicherten zur vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung wesentlich verbessert. Allerdings verfügen Pflegeheime nicht über die notwendige räumliche und technische Ausstattung für komplexe diagnostische und therapeutische Leistungen. Die betroffenen Versicherten sind daher auch weiterhin regelmäßig auf Krankenfahrten im Sinne des § 7 Absatz 1 der Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur ambulanten Behandlung angewiesen. Dies gilt auch für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen, die in ihrer eigenen Häuslichkeit leben. Die hierbei anfallenden Kosten werden nach dem bisher vorgesehenen Verfahren jeweils nur auf Antrag und nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse für die konkrete Einzelfahrt übernommen. Die Genehmigung wird in der Regel erteilt. Dieses Verfahren führt zu einem erheblichen bürokratischen Aufwand sowohl für die Versicherten und für die sie betreuen-den Personen und Pflegeeinrichtungen als auch für die Krankenkassen. Vor diesem Hintergrund wird das Genehmigungsverfahren für mobilitätseingeschränkte vulnerable Patientengruppen durch die Einführung einer Genehmigungsfiktion grundlegend vereinfacht. Für Versicherte, die bis zum 31. Dezember 2016 aufgrund der Einstufung in die Pflegestufe 2 nach dem Elften Buch einen Anspruch auf Fahrkostenübernahme hatten und nach der mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz vorgenommenen Umstellung auf Pflegegrade mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft sind, wird die Bestandsschutz-Regelung des § 8 Absatz 3 der Krankentransport-Richtlinie des G-BA übernommen Für Krankentransporte im Sinne des § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 beziehungsweise § 6 Krankentransport-Richtlinie des G-BA sowie für Versicherte im Sinne des § 8 Absatz 3 Satz 3 Krankentransport-Richtlinie gilt das Genehmigungserfordernis nach Satz 4 fort.

Zu Nummer 8a

Für die Verjährung der Ansprüche der Krankenhäuser auf Zahlung der Vergütung für erbrachte Leistungen und der Ansprüche der Krankenkassen auf Erstattung überzahlter Vergütungen gilt mangels spezialgesetzlicher Regelungen die allgemeine sozialrechtliche Verjährungsfrist von vier Jahren nach § 45 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch. Dies kann dazu führen, dass Krankenkassen in der Vergangenheit abgeschlossene Abrechnungsverfahren wieder aufgreifen und auf der Grundlage zwischenzeitlich ergangener Rechtsprechung innerhalb dieser Verjährungsfrist Rückforderungsansprüche in unter Umständen erheblicher Höhe geltend machen. Ergänzend zu den Änderungen in den §§ 295 und 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird daher eine spezifische Verjährungsfrist für die Vergütungsansprüche der Krankenhäuser und für Rückforderungsansprüche der Krankenkassen eingeführt, um die hierdurch hervorgerufenen Belastungen der Krankenhäuser zu verringern und zu einer schnelleren Herstellung des Rechtsfriedens zwischen den Beteiligten beizutragen. Die Vermeidung der durch Rückforderungsansprüche hervorgerufenen Rechtsunsicherheit trägt einem Anliegen des Bundesrats Rechnung.

Die Verkürzung der Verjährungsfrist führt auch zu einer Angleichung der für Krankenhäuser und Krankenkassen geltenden Rechtslage. Auch vor Ablauf der Verjährungsfrist sind nachträgliche Rechnungskorrekturen der Krankenhäuser nach der Rechtsprechung nach Treu und Glauben ausgeschlossen, wenn sie nach Ablauf eines vollständigen Kalenderjahres nach Erteilung der ersten Schlussrechnung erfolgen, d. h. nach Ende des auf die erste Schlussrechnung folgenden Kalenderjahres. Gegenwärtig können die Krankenkassen daher vier Jahre lang Erstattungsansprüche geltend machen. Nachträgliche Rechnungskorrekturen der Krankenhäuser sind aber bereits zu einem deutlich früheren Zeitpunkt ausgeschlossen.

Die Verkürzung der Verjährungsfrist ist den Beteiligten auch zumutbar, da Krankenhäuser und Krankenkassen als versierte Teilnehmer am Wirtschaftsleben über eine ständige professionelle Zusammenarbeit aufgrund eines dauerhaften Vertragsrahmens verbunden sind und daher für die Geltendmachung ihrer wechselseitigen Ansprüche nicht auf eine vierjährige Verjährungsfrist angewiesen sind.

Aufgrund der Regelung in Satz 2 gilt die verkürzte Verjährungsfrist auch für Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von zu Unrecht geleisteten Vergütungen, die vor dem 1. Januar 2019 entstanden sind. Andernfalls könnte das Ziel der Regelung nur unvollkommen erreicht werden. Nach den Grundsätzen des intertemporalen Rechts wäre die verkürzte Verjährungsfrist mangels anderweitiger Übergangsregelungen erst ab dem Inkrafttreten des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes zu berechnen. Liefe jedoch die bislang geltende längere Frist früher ab als

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

die verkürzte Verjährungsfrist, wäre die Verjährung mit dem Ablauf der bisherigen Verjährungsfrist vollendet (vgl. Artikel 169 Absatz 2 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch (EG-BGB), Artikel 231 § 6 Absatz 2 EGBGB, Artikel 229 § 6 Absatz 4 EGBGB). Wenn die verkürzte Verjährungsfrist aufgrund dieser Regelung erst ab dem Inkrafttreten des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes am 1. Januar 2019 zu laufen begänne, könnte eine umfassende Befriedung abgeschlossener Abrechnungsfälle nicht erreicht werden, denn bereits auf im Jahr 2016 entstandene Ansprüche hätte auch die verkürzte Verjährungsfrist keine Auswirkung mehr. Diese würden sowohl nach der bisherigen vierjährigen Verjährungsfrist als auch nach der neuen zweijährigen Verjährungsfrist erst am 31. Dezember 2020 verjähren. Vor diesem Hintergrund regelt Satz 2 in Abweichung von den Grundsätzen des intertemporalen Rechts, dass die Regelung zur Dauer und zum Beginn der verkürzten Verjährungsfrist auf Rückforderungen der Krankenkassen anwendbar ist, die vor dem 1. Januar 2019 entstanden, nach alter Rechtslage aber noch nicht verjährt sind. Eine unzulässige Rückwirkung ist hierin nicht zu erblicken, da die Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts nicht grundrechtsfähig sind.

Hinsichtlich der Ansprüche der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter Leistungen beschränkt Satz 3 den Anwendungsbereich der verkürzten Verjährungsfrist auf solche Forderungen, die ab dem 1. Januar 2019 entstehen. Hierdurch wird zugunsten der Planungssicherheit der Krankenhäuser vermieden, dass bereits entstandene Forderungen der Krankenhäuser früher als bislang verjähren, und gewährleistet, dass die Krankenhäuser ihr Forderungsmanagement auf die zweijährige Verjährungsfrist einstellen können.

Zu Nummer 10

Zu Buchstabe a

Die im Gesetzentwurf enthaltene Regelung zur besseren Vergütung der Wegezeiten wird durch die Formulierung „Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen“ auf alle Bereiche ausgeweitet, bei denen die Versorgung nur durch längere Wegezeiten sichergestellt werden kann.

Zu Buchstabe b

Nach § 132a Absatz 4 Satz 5 haben die Krankenkassen darauf zu achten, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege wirtschaftlich und preisgünstig erbracht werden. Ergänzend wird geregelt, dass Verträge nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können, wenn die Vergütungen dadurch begründet sind, dass Leistungserbringer ihren Beschäftigten Gehälter bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen oder entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen bezahlen. Es wird klargestellt, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität dem nicht entgegen gehalten werden kann. Für Leistungserbringer sollen damit Anreize gesetzt werden, die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen entsprechend zu entlohnen. Die Regelung entspricht den für die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen in § 89 Absatz 1 Satz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) bestehenden Vorgaben. Um sicherzustellen, dass die Vergütungen bei den Beschäftigten ankommen, werden die Leistungserbringer verpflichtet, die entsprechende Bezahlung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen jederzeit einzuhalten und sie auf Verlangen der Krankenkassen nachzuweisen (die Regelung entspricht § 89 Absatz 3 Satz 3 SGB XI in Verbindung mit § 84 Absatz 7 SGB XI). Die neuen Regelungen ergänzen die Rahmenempfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene nach Absatz 1, in denen nach Satz 4 Nummer 5 Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte zu regeln sind.

Zu Nummer 10a (§ 132d SGB V)

Zu Buchstabe a

Die Krankenkassen stellen die Versorgung mit SAPV sicher, indem sie Verträge mit den Leistungserbringern (meist multiprofessionelle Teams) schließen. In der mittlerweile weitgehend abgeschlossenen Aufbauphase wurden die Verträge regelhaft im unmittelbaren, nicht formalisierten Dialog zwischen Kassen und Teams geschlossen. Das OLG Düsseldorf hat in 2016 (Beschluss des Vergabesenats des OLG Düsseldorf vom 15.6.2016 (Az. VII - Verg 56/15) entschieden, dass es sich bei Verträgen zur SAPV um ausschreibungspflichtige öffentliche Aufträge handelt, wenn bei der Zulassung zu diesem Vertragssystem keine im Vorhinein festgelegten Bedingungen gelten und eine Auswahl unter den interessierten Leistungserbringern vorgenommen wird.

Diese Entscheidung hat bei Leistungserbringern und Krankenkassen zu Verunsicherung geführt. Zum einen, weil die Betroffenen den administrativen Aufwand eines Ausschreibungsverfahrens scheuen, zum anderen, weil eine

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Gefährdung der qualitativ hochwertigen Versorgung befürchtet wird. Die Krankenkassen sind daraufhin dazu übergegangen, mit jedem Leistungserbringer, der festgelegte Anforderungen erfüllt, einen Versorgungsvertrag abzuschließen. Dies geschah in einem „open-House-Verfahren“, bei dem entweder jeder Leistungserbringer, der von den Krankenkassen einseitig festgelegte Voraussetzungen erfüllt, einen Vertrag erhält, oder im Rahmen eines offenen Zulassungsverfahrens, bei dem die Zulassungsvoraussetzungen auf kollektiver Ebene zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den der Hospizarbeit und Palliativversorgung zuständigen Verbänden festgelegt werden. Beide Verfahren unterfallen, wenn bei ihnen keine Auswahl unter Leistungserbringern vorgenommen wird und sie folglich kein Exklusivrecht zur Versorgung vermitteln, nicht dem Vergaberecht.

Eine einseitige Vorgabe der Krankenkassen würde den speziellen vernetzten Strukturen in der SAPV nicht gerecht werden. Mit der Neufassung des § 132d wird daher das praktizierte offene Zulassungsverfahren gesetzlich abgesichert. Satz 1 regelt, dass die maßgeblichen Voraussetzungen, nach denen ein Leistungserbringer den Zugang zur Versorgung erhält, zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Vertretern der Hospizarbeit und der SAPV auf Bundesebene in einem Rahmenvertrag festgelegt werden. Der Rahmenvertrag ersetzt die bisherigen Rahmenempfehlungen nach Absatz 2. Entsprechend den in den bisherigen Rahmenempfehlungen getroffenen Vereinbarungen ist bei der Erarbeitung des Rahmenvertrages zu berücksichtigen, dass die Versorgung der besonders vulnerablen Patientengruppe besondere Anforderungen an die Leistungserbringer stellt. Der Vertrag ist auf Bundesebene zu erarbeiten, damit bundesweit möglichst vergleichbare Versorgungsbedingungen entstehen. Die Vertragspartner haben bei der Erarbeitung des Rahmenvertrages neben den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses die bisherige Versorgung, insbesondere die räumliche Nähe der Versorger zum Patienten, zu berücksichtigen. In dem Vertrag sind auch die wesentlichen Elemente der Vergütung festzulegen. Dabei ist ein ausreichender Spielraum für die Berücksichtigung besonderer Bedürfnisse auf Landesebene zu ermöglichen. Damit die Leistungserbringer die Möglichkeit haben, sich um eine Zulassung zu bemühen, sind die Bedingungen des Rahmenvertrages in geeigneter Weise, z.B. auf den Internetseiten der Krankenkassen, bekannt zu machen. In Satz 6 ist festgelegt, dass jeder Leistungserbringer, der die im Rahmenvertrag festgelegten Vorrausetzungen erfüllt, einen Anspruch auf einen Versorgungsvertrag und damit auf den Zugang zur Versorgung erhält. Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, den Versorgungsvertrag einzeln oder gemeinsam mit den Leistungserbringern zu schließen. In diesem Versorgungsvertrag sind Einzelheiten, die sich aus den besonderen Versorgungsbedürfnissen, etwa regionalen Besonderheiten ergeben, zu regeln. Dies gilt z.B. für die Vergütung, wenn etwa lokale Zuschläge für einen besonderen Wegeaufwand erforderlich sind. Um den besondere Versorgungsbedürfnissen von Kindern zu entsprechen, ist ein gesonderter Rahmenvertrag für Kinder zu entwickeln.

In Absatz 2 wird geregelt, dass der Inhalt der Verträge, sowohl der Rahmenverträge nach den Sätzen 1 und 2 als auch des besonderen Versorgungsvertrages nach Satz 6, falls keine Einigung zu Stande kommt, in dem beschriebenen Schiedsverfahren festgelegt wird. Um langwierige Auseinandersetzungen zu verkürzen und einen vertragslosen Zustand zu verhindern, haben Klagen und Widersprüche gegen die Bestimmung der Schiedsperson keine aufschiebende Wirkung.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeregelung.

Zu Nummer 10b (§ 136c SGB V)

Zu Absatz 5

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz hat der Gesetzgeber die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, Festlegungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten als Voraussetzung für die Vereinbarung von krankenhausindividuellen Zuschlägen zu treffen (§ 9 Absatz 1a Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)). Hierbei sollten vor allem die besonderen Aufgaben von den Regelaufgaben eines Krankenhauses abgegrenzt werden, die nicht bereits anderweitig vergütet werden. Festlegungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben, die durch die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) getroffen werden mussten, haben nicht zur erforderlichen Klarstellung geführt, und bislang nicht ermöglicht, dass Krankenhäuser, die besondere Aufgaben leisten, regelhaft entsprechende Zuschläge erhalten.

Vor diesem Hintergrund wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach Satz 1 beauftragt, bis zum 31. Dezember 2019 Festlegungen zur Konkretisierung von besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG zu treffen. Der Auftrag an den G-BA betrifft im Wesentlichen

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

allein den Krankenhausbereich, so dass nach § 91 Absatz 2a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Beschlussfassung alle fünf Stimmen der Leistungserbringerseite auf die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft benannten Mitglieder übertragen werden.

Der Beschluss hat eine Abgrenzung der krankenhausplanerisch zu übertragenden besonderen Aufgaben von den Regelaufgaben eines Krankenhauses zu gewährleisten.

Der Gesetzestext übernimmt in Satz 2 die bisher in § 9 Absatz 1a Nummer 2 KHEntgG enthaltenen Ausführungen zu Sachverhalten, aus denen sich insbesondere die besonderen Aufgaben ergeben können.

Satz 3 beinhaltet die bislang in § 9 Absatz 1a Nummer 2 KHEntgG zum Ausdruck gebrachte Anforderung, bei der Konkretisierung der besonderen Aufgaben eine Doppelfinanzierung auszuschließen.

Satz 4 stellt – wie bisher – klar, dass die Möglichkeit zur Vereinbarung von krankenhausindividuellen Entgelten bei besonderen Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG unberührt bleibt.

Nach Satz 5 hat der G-BA bei der Konkretisierung der besonderen Aufgaben auch die im Zusammenhang mit den einzelnen besonderen Aufgaben zu erfüllenden Qualitätsanforderungen festzulegen. Eine Festlegung hat zu erfolgen, soweit dies für die Erfüllung der besonderen Aufgaben erforderlich ist. Qualitätsanforderungen können sich insbesondere auf die Art und Anzahl von Fachabteilungen beziehen oder die Erreichung von Mindestfallzahlen oder Kooperationen mit anderen Einrichtungen vorgeben.

Besondere Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG setzen die Ausweisung oder Festlegung im Krankenhausplan des Landes oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus voraus. Dementsprechend werden die Länder – entsprechend der gängigen Praxis – nach § 92 Absatz 7f Satz 1 im Wege eines Mitberatungsrechts im G-BA eingebunden. Der G-BA hat nach den Sätzen 6 und 7 den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und diese bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen.

Zu Absatz 6

Absatz 6 gibt vor, dass die Regelungen des § 94 zum Wirksamwerden von Richtlinien entsprechend für das Wirksamwerden der nach § 136c gefassten Beschlüsse anzuwenden sind. Damit sind die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136c gefassten Beschlüsse dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen, das die Beschlüsse gemäß § 94 Absatz 1 prüft. Dabei haben Klagen gegen Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit keine aufschiebende Wirkung. Die Beschlüsse sind im Bundesanzeiger und deren tragende Gründe im Internet zu veröffentlichen.

Zu Nummer 11

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung beauftragt die Vertragsparteien auf Bundesebene, die durch die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung im Wege der Ersatzvornahme festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen weiterzuentwickeln und um Pflegepersonaluntergrenzen für weitere pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus zu ergänzen. Zu diesem Zweck haben sie zum einen die bereits festgelegen Untergrenzen aufgrund zwischenzeitlich vorliegender aktuellerer Datengrundlagen zu überprüfen und gegebenenfalls deren Höhe anzupassen. Außerdem sind diese Untergrenzen in einer entsprechend dem vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ermittelten Pflegeaufwand differenzierten Höhe festzulegen. Darüber hinaus haben die Vertragspartner Pflegepersonaluntergrenzen auch für die pflegesensitiven Bereiche der Neurologie und der Herzchirurgie zu vereinbaren, für die in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung noch keine Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt werden konnten. Auch diese Untergrenzen sind in einer entsprechend dem Pflegeaufwand zu differenzierten Höhe festzulegen Schließlich haben sie in jährlichen Abständen weitere pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus und die hierfür geltenden Pflegepersonaluntergrenzen festzulegen. Diese neuen Pflegepersonaluntergrenzen sollen erstmals zum 1. Januar 2021 gelten.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung des neuen Absatzes 5. Der bisherige Auftrag an die Vertragsparteien auf Bundesebene, für den Fall der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen insbesondere

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Höhe und Ausgestaltung von Vergütungsabschlägen zu vereinbaren, wird dahingehend erweitert, dass die Vertragsparteien auch Höhe und Ausgestaltung von Verringerungen der Fallzahl zu vereinbaren haben.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung im neuen Satz 10. Auf Grund der Erweiterung des Auftrags an die Vertragsparteien auf Bundesebene wird die Frist für den Abschluss der Vereinbarung verlängert. Eine entsprechende Fristverlängerung gilt auch für die Schiedsstelle.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung der Sätze 4 und 6.

Zu Doppelbuchstabe bb

Für die Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen werden die Vorgaben für die Vertragspartner auf Bundesebene, dem Bundesministerium für Gesundheit einen Zeitplan und einen Zwischenbericht vorzulegen, aufgehoben. Dies trägt zur Vereinfachung des Verfahrens bei.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung der Sätze 4 und 6.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Streichung des Satzes 1 wird dem Umstand Rechnung getragen, dass von der dort geregelten Verordnungsermächtigung durch den Erlass der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit Gebrauch gemacht worden ist.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Streichung des Satzes 1.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Regelung im neuen Satz 5 stellt klar, dass das InEK die Aufgaben, die ihm durch die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung übertragen wurden in gleicher Weise zu erfüllen hat, als wenn sie ihm von den Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes übertragen worden wären. Satz 7 regelt die Finanzierung der dem InEK durch die Erfüllung dieser Aufgaben entstehenden notwendigen Aufwendungen.

Zu Buchstabe d

Um die Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen auf eine dauerhaft tragfähige Datengrundlage zu stellen, wird das InEK beauftragt, ein Datenkonzept zu entwickeln, das eine Beschreibung der erforderlichen Daten und des Verfahrens der Übermittlung dieser Daten enthält. Dieses Konzept kann auch vorsehen, dass nur Daten einer repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern benötigt werden, um dem Grundsatz der Datensparsamkeit Rechnung zu tragen. In diesem Fall legt das Konzept auch fest, um welche Krankenhäuser es sich handelt. Die betroffenen Krankenhäuser haben die entsprechenden Daten an das InEK zu übermitteln, das sie in der erforderlichen Form zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 zur Verfügung stellt. Um welche Daten es sich im Einzelnen handelt, kann derzeit noch nicht umschrieben werden. Da es sich aber nur um Daten handeln kann, die für die Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 benötigt werden, ist dem Bestimmtheitsgrundsatz Rechnung getragen. Für die Krankenhäuser, die an der über die nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes hinausgehende Übermittlung von Daten teilnehmen, haben die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Pauschalen zu vereinbaren. Mit diesen wird in Abhängigkeit der Anzahl und der Qualität der übermittelten Datensätze pauschal ein Ersatz für den Aufwand geleistet, der den Krankenhäusern im Zusammenhang mit der Übermittlung der von ihnen zusätzlich zu liefernden Daten entsteht.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe e

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Streichung der Vorgabe, dass der Nachweis der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen auch differenziert nach Personalgruppen zu erfolgen hat, wird dem Umstand Rechnung getragen, dass sich die Pflegepersonaluntergrenzen ausschließlich auf den Pflegedienst beziehen und daher andere Personalgruppen wie zum Beispiel der ärztliche Dienst nicht maßgeblich sind. Erforderlich ist vor diesem Hintergrund allein der Nachweis, welche Qualifikationen das zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen herangezogene Pflegepersonal aufweist. Dies wird durch die Differenzierung nach Berufsbezeichnungen sichergestellt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung der neuen Sätze in Absatz 1.

Zu Doppelbuchstabe cc

Hat ein Krankenhaus die maßgeblichen Pflegepersonaluntergrenzen nicht eingehalten, so hat es zusätzlich zu dem Nachweis nach Satz 1 den Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und dem InEK die Anzahl der Schichten, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen nicht eingehalten worden sind, quartalsweise mitzuteilen. Die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes benötigen diese Information, weil an die Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach Absatz 5 Sanktionen zu knüpfen sind. Das InEK leitet diese Informationen an die Vertragspartner auf Bundesebene und an die zuständigen Landesbehörden weiter, damit diese gegebenenfalls Maßnahmen ergreifen können, um künftige Unterschreitungen der Pflegepersonaluntergrenzen zu vermeiden.

Zu Buchstabe f

Zu Absatz 4a

Die Regelung dient der Transparenz und dem Patientenschutz. Eine informierte Entscheidung der Patientinnen und Patienten, welches Krankenhaus aufgesucht werden soll, ist nur möglich, wenn sie über belastbare Informationen darüber verfügen, ob ein Krankenhaus wenigstens die Mindeststandards hinsichtlich seiner Ausstattung mit Pflegepersonal in pflegesensitiven Bereichen einhält. Aus diesem Grund ist die Veröffentlichung der Angaben der Krankenhäuser über die dort identifizierten pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern, die jeweils geltenden Pflegepersonaluntergrenzen sowie den ermittelten Pflegeaufwand erforderlich. Für die Entscheidung der Patientinnen und Patienten ist nicht maßgeblich, ob ein Krankenhaus als Ganzes die Vorgaben für eine qualitativ hochwertige Versorgung einhält, sondern ob dies für die konkrete Station gilt, auf der die Behandlung erfolgen soll.

Zu Absatz 4b

Durch die Regelung soll die zeitgerechte Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen sichergestellt werden. Dies ist nur möglich, wenn die Krankenhäuser ihre Mitteilungspflichten erfüllen, damit ihre pflegesensitiven Bereiche identifiziert und auf dieser Grundlage Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt werden können. Würden die entsprechenden Mitteilungen nicht in der jeweils vorgesehenen Zeit erfolgen, könnte die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen auf unabsehbare Zeit verzögert werden.

Zu Absatz 4c

Der Ausschluss der aufschiebenden Wirkung von Widerspruch und Klage stellt die zeitgerechte Umsetzung der Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen sicher. Die Regelung führt dazu, dass Krankenhäuser, die gegen die Ermittlung ihrer pflegesensitiven Bereiche, des Pflegeaufwands und der in diesen pflegesensitiven Bereichen geltenden Pflegepersonaluntergrenzen vorgehen, die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen nicht auf unabsehbare Zeit verzögern können, indem sie Rechtsbehelfe erheben.

Zu Buchstabe g

Die Vorschrift konkretisiert die Vorgaben für die Vertragsparteien auf Krankenhausebene, in welchem Umfang welche Sanktionen zu vereinbaren sind, wenn ein Krankenhaus die maßgeblichen Pflegepersonaluntergrenzen nicht einhält, ohne dass es hierfür das Vorliegen der Voraussetzungen einer Ausnahme- oder Übergangsregelung

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

geltend machen kann. Zusätzlich zu der Vereinbarung von Vergütungsabschlägen oder Verringerungen der Fallzahl können auch Maßnahmen, wie etwa Maßnahmen zum Personalaufbau vereinbart werden, die das Krankenhaus zu ergreifen hat, um eine Unterschreitung der Untergrenzen in Zukunft zu verhindern. Stellt sich im Lauf eines Jahres etwa heraus, dass die Unterschreitung der Pflegepersonaluntergrenzen behoben ist, können die Vertragsparteien auch vereinbaren, dass bereits vereinbarte Sanktionen ausgesetzt werden. Kommt eine Vereinbarung über die Sanktionen auf Krankenhausebene nicht zustande, entscheidet auf Antrag die Schiedsstelle nach § 18a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Gegen die Entscheidung der Schiedsstelle findet ein Vorverfahren nicht statt, die Klage gegen diese Entscheidung hat keine aufschiebende Wirkung. Eine Regelung entsprechend der Regelung in Absatz 4c ist daher entbehrlich.

Zu Buchstabe h

Die Änderung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Nummer 12

Zu Absatz 1

Zu Satz 1

Die Änderung stellt klar, dass in die Ermittlung der Pflegepersonalquotienten nur Vollzeitkräfte einzubeziehen sind, die in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig sind. Pflegepersonal, das in anderen Krankenhausbereichen tätig ist, ist dagegen nicht zu berücksichtigen.

Zu Satz 2 und 3

Durch die Änderung wird geregelt, dass der Pflegepersonalquotient für jeden Standort eines Krankenhauses zu ermitteln ist. Hierdurch kann sichergestellt werden, dass in jedem Krankenhausstandort eine angemessene Personalausstattung vorgehalten wird.

Zu Satz 4

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

Zu Satz 7neu

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

Zu Absatz 2

Zu Satz 1

Die Vorgaben für die Vereinbarung von Sanktionen auf Krankenhauseben sollen künftig nicht mehr durch Rechtsverordnung festgelegt werden, sondern durch Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene, ebenso wie dies im Rahmen des § 137i der Fall ist.

Zu Satz 3neu

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung. Sofern die Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene nicht innerhalb der vorgesehenen Frist zustande kommt, sind die erforderlichen Festlegungen durch die Schiedsstelle zu treffen.

Zu Satz 4neu

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

Zu Satz 5 gestrichten

Die ursprüngliche Regelung wird mit Einfügung des Absatzes 2a Satz 5 hinfällig.

Zu Absatz 2a

Die Vorschrift gibt den Vertragsparteien auf Krankenhausebene die Vereinbarung von Sanktionen für den Fall vor, dass der Pflegepersonalquotient eines Krankenhauses die Untergrenze unterschreitet. Zusätzlich zu der Vereinbarung von Vergütungsabschlägen oder Verringerungen der Fallzahl können auch Maßnahmen, wie etwa Maßnahmen zum Personalaufbau vereinbart werden, die das Krankenhaus zu ergreifen hat, um eine Unterschreitung

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

der Untergrenzen in Zukunft zu verhindern. Vereinbarungen über eine Verringerung der Fallzahl werden in erster Linie in den Leistungsbereichen zu vereinbaren sein, die planbare Leistungen zum Gegenstand haben. Auf diese Weise können die Vertragspartner vermeiden, dass Verringerungen der Fallzahl unaufschiebbare Behandlungen betreffen. Stellt sich im Lauf eines Jahres etwa heraus, dass die Unterschreitung der festgelegten Untergrenze behoben ist, können die Vertragsparteien auch vereinbaren, dass bereits vereinbarte Sanktionen vorübergehend ausgesetzt werden.

Zu Absatz 3

Die Regelung stellt klar, dass der Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 KHG, aus dem die Aufwendungen des InEK zu finanzieren sind, erforderlichenfalls zu erhöhen ist.

Bewertung des zusätzlichen Aufwands

Infolge der Änderungen sind keine besonderen Kostenauswirkungen zu erwarten, da der Quotient aus Routinedaten ermittelt wird. Relevant wird der Standortbezug nur bei den größeren Krankenhäusern mit mehreren Standorten. So die betroffenen Häuser diese Routinedaten nicht schon nach Standort getrennt übermitteln, müssen die wenigen verbliebenen dies zusätzlich erledigen. In welchem Umfang dies auftreten wird, ist nicht abschätzbar. Im Übrigen müssen die Krankenhäuser den Verwaltungsaufwand zur Ausweisung von Daten nach Standorten für 2019 nach § 293 Abs. 6 SGB V mit Wirkung für 2020 ohnehin vollziehen.

Zu Nummer 14 – Änderungsbefehl

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur, die erforderlich ist, weil der bisherige Satz 6 auf-grund des früheren Inkrafttretens der Änderung des § 271 Absatz 2 durch das GKV-Versichertenentlastungsgesetz zu Satz 7 wird.

Zu Nummer 15a

Mit der Änderung des Datums in Satz 14 wird die bereits durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates verlängerte Frist gesetzlich nachvollzogen (Verordnung zur Verlängerung der Frist nach § 291 Absatz 2b Satz 14 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom 13. November 2017, BGBl. I S.3774). Satz 14 setzt den 1. Januar 2019 als Termin fest, ab dem die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und Zahnärzte die Online-Prüfung und -Aktualisierung der Versichertenstammdaten (Versichertenstammdatendienst) durchzuführen haben. Sofern ab diesem Zeitpunkt der Versichertenstammdatendienst nicht durchgeführt wird, ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen nach Satz 14 pauschal um 1 Prozent so lange zu kürzen, bis die Prüfung durchgeführt wird.

Der Anschluss der Arzt- und Zahnarztpraxen an die Telematikinfrastruktur (Rollout) und damit die Ausstattung der Praxen mit der für die Durchführung des Versichertenstammdatendienstes erforderlichen Ausstattung hat im Dezember 2017 begonnen. Entgegen den ursprünglichen Annahmen hat die Entwicklung einer ausreichenden Angebots- und Wettbewerbssituation mehr Zeit in Anspruch genommen, so dass eine flächendeckende Anbindung aller zur Durchführung des Versichertenstammdatendienstes Verpflichteten nicht bis zum 1. Januar 2019 erreichbar ist. Daher soll die Kürzung der Vergütung für die Nichtdurchführung des Versichertenstammdatendienstes nach dem neuen Satz 16 dann nicht vorgenommen werden, wenn die hierfür erforderliche Ausstattung der Praxis mit dem Anbieter bis Ende März 2019 vertraglich vereinbart worden ist. Der Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung mit einem Anbieter der erforderlichen Komponenten ist gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Das Absehen von der Kürzung ist zeitlich begrenzt bis zum 30. Juni 2019. Nach diesem Zeitpunkt greift die Sanktion nach Satz 14, solange der Versichertenstammdatendienst nicht durchgeführt wird.

Der neue Satz 17 nimmt die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ermächtigten Ärzte, die in einem Krankenhaus tätig sind, ermächtigte Krankenhäuser und die nach § 75 Absatz 1b Satz 3 aufgrund einer Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung in den Notdienst einbezogenen zugelassenen Krankenhäuser (Krankenhausnotfallambulanzen) von der Sanktion für die Nichtdurchführung des Versichertenstammdatendienstes bis zum 31. Dezember 2019 aus. Die Anbindung an die Telematikinfrastruktur und die Ausstattung der stationären Bereiche mit den erforderlichen Komponenten erfolgt gesondert. Für den Krankenhausbereich ist im Rahmen eines Gesamtkonzeptes vorgesehen, dass die Anbindung der Krankenhäuser im Jahre 2019 erfolgt. Da die für die Durchführung des Versichertenstammdatendienstes erforderliche Ausstattung für ermächtigte Ärzte, die in einem Krankenhaus tätig sind, für ermächtigte Krankenhäuser und Notfallambulanzen in diesem

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Rahmen erfolgen soll und hierfür nicht vorab nicht integrierte Lösungen beschafft werden sollen, ist eine Anpassung der Fristen an die Planungen für den sonstigen Krankenhausbereich erforderlich.

Zu Nummer 16a

Die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen Verschlüsselungen der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) und des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) enthalten auch Ausführungen zur Anwendung dieser Schlüssel. Insbesondere bei den Komplexziffern des OPS handelt es sich hierbei teils um strukturelle Anforderungen, deren Erfüllung Voraussetzung für die Vergütung der entsprechenden Krankenhausleistungen ist. In der Praxis sind in der Vergangenheit Streitverfahren über die Auslegung dieser strukturellen Anforderungen aufgetreten. Aktuelle Beispiele hierfür sind die Urteile des Bundessozialgerichts vom 19. Juni 2018 zur Auslegung der Transportentfernung im OPS 8-98b und OPS 8-981 sowie vom 19. Dezember 2017 zur geriatrisch frührehabilitativen Komplexbehandlung (OPS 8-550). Um zu vermeiden, dass aufgrund derartiger Auslegungsunsicherheiten eine Vielzahl von zurückliegenden Abrechnungsverfahren erneut aufgegriffen und abgerechnet wird, wird klargestellt, dass das DIMDI Klarstellungen und Änderungen der Formulierungen auch mit Wirkung für die Vergangenheit vornehmen kann. Zur Vermeidung einer unzulässigen Rückwirkung dürfen sich diese jedoch nicht zum Nachteil von Leistungserbringern nachträglich ändernd zu bereits abgeschlossenen Sachverhalten auswirken.

Zu Nummer 17

Zu Buchstabe a0

Die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen Verschlüsselungen der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) und des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) enthalten auch Ausführungen zur Anwendung dieser Schlüssel. Insbesondere bei den Komplexziffern des OPS handelt es sich hierbei teils um strukturelle Anforderungen, deren Erfüllung Voraussetzung für die Vergütung der entsprechenden Krankenhausleistungen ist. In der Praxis sind in der Vergangenheit Streitverfahren über die Auslegung dieser strukturellen Anforderungen aufgetreten. Aktuelle Beispiele hierfür sind die Urteile des Bundessozialgerichts vom 19. Juni 2018 zur Auslegung der Transportentfernung im OPS 8-98b und OPS 8-981 sowie vom 19. Dezember 2017 zur geriatrisch frührehabilitativen Komplexbehandlung (OPS 8-550). Um zu vermeiden, dass aufgrund derartiger Auslegungsunsicherheiten eine Vielzahl von zurückliegenden Abrechnungsverfahren erneut aufgegriffen und abgerechnet wird, wird klargestellt, dass das DIMDI Klarstellungen und Änderungen der Formulierungen auch mit Wirkung für die Vergangenheit vornehmen kann. Zur Vermeidung einer unzulässigen Rückwirkung dürfen sich diese jedoch nicht zum Nachteil von Leistungserbringern nachträglich ändernd zu bereits abgeschlossenen Sachverhalten auswirken.

Zu Nummer 18

Mit der Änderung der durch das GKV-Versichertenentlastungsgesetz eingefügten Übergangsregelung in § 324 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wird das Beitrittsrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung für ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit um ein Jahr verlängert, um auszuschließen, dass es auf Grund der gesetzlichen Kündigungsfristen für einen privaten Krankenversicherungsvertrag zu einer Doppelbelastung mit Beiträgen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kommt. Durch die Änderung können die von der Regelung erfassten ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit den Zeitpunkt für den Beitritt zur gesetzlichen Krankenversicherung abgestimmt auf den Zeitpunkt der Beendigung ihres privaten Krankenversicherungsvertrages wählen.

Zu Nummer 19

Folgeänderung zu Nummer 18. Die Übergangsregelung des § 324 ist ab dem 1. April 2020 gegenstandslos, so dass sie zu diesem Zeitpunkt aufzuheben ist. Dementsprechend ist eine gesonderte Regelung des Inkrafttretens dieser Regelung vorgesehen.

Zu Nummer 20

Die Regelung enthält eine gesetzliche Ausschlussfrist für Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung geleisteter Vergütungen, die vor dem 1. Januar 2017 entstanden sind, die aber bis zum Tag der zweiten und dritten Lesung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes nicht gerichtlich geltend gemacht wurden. Die Regelung zielt auf

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

die Entlastung der Sozialgerichte und der Durch-setzung des Rechtsfriedens, der mit der rückwirkenden Einführung der verkürzten Verjährungs-frist beabsichtigt ist. Verhindert werden soll, dass die Krankenkassen zum Ende des Jahres 2018 zahlreiche gerichtliche Verfahren einleiten, um die Verjährung vermeintlicher Rückzahlungsansprüche aus vormals abgeschlossenen Abrechnungsvorgängen zu hemmen. Vor diesem Hinter-grund wird die Durchsetzung entsprechender Rückzahlungsansprüche der Krankenkassen, die eine solche Vorgehensweise bereits angekündigt haben, ausgeschlossen. Rückzahlungsansprüche, die nach dem 1. Januar 2017 entstanden sind, können nach der Einführung der zweijährigen Verjährungsfrist noch bis zum Ende des Jahres 2019 geltend gemacht werden.

Zu Artikel 9

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe e

Zu Satz 2neu

Die Änderung von § 4 Absatz 8a Satz 2 sieht an Stelle der bisherigen Kann-Regelung vor, dass die Vertragsparteien auf Krankenhausebene einen zusätzlichen Betrag zu vereinbaren haben, sofern ein Krankenhaus dies verlangt. Durch diese Muss-Regelung wird sichergestellt, dass eine Regelung durch die Schiedsstelle, die gemäß § 13 Absatz 1 Satz 2 an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden ist, erfolgt, wenn sich die Vertragsparteien nicht einigen. Ohne die Verpflichtung der Vertragsparteien zur Vereinbarung eines Zusatzbetrages bestünde die Gefahr, dass auch die Schiedsstelle, die bei der Festsetzung streitiger Vereinbarungsinhalte innerhalb der gesetzlichen Grenzen über denselben Gestaltungsspielraum verfügt wie die Vertragsparteien, von der Festsetzung eines zusätzlichen Betrages absieht.

Zu Nummer 4

Zu Absatz 2

Zu Satz 6 (§ 6a Absatz 2 Satz 6 KHEntgG)

Der Gesetzentwurf sieht bislang vor, dass mit der Einführung des Pflegebudgets zum Jahr 2020 die Option besteht, in einem bestimmten Rahmen pflegeentlastende oder pflegesubstituierende Maßnahmen erhöhend im Pflegebudget eines Krankenhauses zu berücksichtigen. Die Änderung erweitert diese Option und gewährleistet, dass Krankenhäuser, die bereits vor dem Jahr 2020 ergriffene pflegeentlastende oder pflegesubstituierende Maßnahmen fortsetzen und denen hieraus im Geltungsjahr des Pflegebudgets Kosten entstehen, nicht benachteiligt werden.

Zudem handelt sich um eine Folgeänderung zur Konkretisierung der aus dem DRG-System auszugliedernden Pflegepersonalkosten in § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Zu Satz 7 (§ 6a Absatz 2 Satz 7 KHEntgG)

Die Änderung sieht vor, dass die durch pflegeentlastende Maßnahmen eingesparten Pflegepersonalkosten in Höhe von bis zu drei Prozent statt bisher bis zu fünf Prozent erhöhend im Pflegebudget nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) berücksichtigt werden können. Die konkrete Höhe ist von den Vertragsparteien vor Ort zu verhandeln. Ob und inwieweit die Obergrenze dabei ausgeschöpft wird, bleibt abzuwarten. Nach derzeitiger Erkenntnislage erscheint für die Startphase des Pflegebudgets eine Berücksichtigung von pflegeentlastenden Maßnahmen in Höhe von bis zu drei Prozent ausreichend. Damit wird auch darauf hingewirkt, dass nicht in zu hohem Umfang die persönliche Pflege durch alternative technische Maßnahmen ersetzt wird. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine Berücksichtigung von pflegeentlastenden Maßnahmen im Pflegebudget nicht voraussetzt, dass das Krankenhaus bei Durchführung dieser Maßnahmen Pflegepersonal entlässt. Es reicht aus, wenn die Maßnahmen den Einsatz von Pflegepersonal ersetzen. Das Pflegepersonal kann auch weiterhin im Krankenhaus beschäftigt und im Pflegebudget erfasst werden.

Zu Absatz 6 (§ 6a Absatz 6 KHEntgG)

Die Entwicklung der neuen Pflegepersonalkostenvergütung erfolgt im Rahmen eines lernenden Systems. Es ist davon auszugehen, dass die Datengrundlage für die auszugliedernden Pflegepersonalkosten sukzessive besser

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

wird. Um der in den Anfangsjahren insbesondere noch verbesserungsbedürftigen Datengrundlage Rechnung zu tragen, werden mögliche Budgetverluste für die Jahre 2020 und 2021 auf zwei bzw. vier Prozent begrenzt. Für das Jahr 2020 ist der Vorjahresvergleichsmaßstab für die Summe aus Gesamtbetrag und Pflegebudget der Gesamtbetrag des Jahres 2019, der noch die Pflegepersonalkosten umfasst. Eine aus dieser Übergangsregelung entstehende Erhöhung des Pflegebudgets unterliegt für den genannten Zeitraum nicht der Rückzahlungspflicht für nicht zweckentsprechend verwendete Mittel. Für die Vereinbarung des Pflegebudgets für die Jahre 2022 und danach findet die Übergangsregelung keine Anwendung mehr.

Zudem findet nach Satz 5 die Regelung keine Anwendung bei Budgetminderungen aufgrund von Leistungsrückgängen, die sich z. B. aus der Schließung einer Fachabteilung oder rückläufigen Fallzahlen ergeben. In diesen Fällen ist die Ursache für die Budgetminderung nicht die Einführung der neuen Pflegepersonalkostenvergütung, sondern Sachverhalte, die auch ohne die neue Pflegepersonalkostenvergütung zu einer Budgetabsenkung führen würden und die nicht durch die Übergangsregelung aufgefangen werden.

Zu Nummer 6

Zu Buchstabe c

Die Ergänzung von § 8 Absatz 5 stellt klar, dass die von den Vertragsparteien auf Bundesebene in der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) getroffenen Abrechnungsbestimmungen zur Fallzusammenführung als abschließende Konkretisierung der Zulässigkeit einer Fallzusammenführung aus Gründen des Wirtschaftlichkeitsgebots zu verstehen sind. Eine von den Regelungen der FPV abweichende oder darüber hinausgehende Argumentation zur Notwendigkeit einer Fallzusammenführung, die sich auf das Wirtschaftlichkeitsgebot stützt, ist damit nicht zulässig.

Ergänzend wird § 17b Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes präzisiert, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene insbesondere zu prüfen haben, inwieweit die Abrechnungsbestimmungen wirtschaftliche Versorgungsstrukturen und Verfahrensweisen gewährleisten oder eine Weiterentwicklung erforderlich ist.

Zu Nummer 7

Zu Buchstabe b (§ 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG)

Ab dem Jahr 2020 erhalten bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum nach § 5 Absatz 2a eine pauschale Förderung von 400.000 Euro pro Krankenhaus. Damit wird ihre besondere Bedeutung für die wohnortnahe Versorgung zusätzlich gestärkt. Zur Identifizierung dieser Krankenhäuser ist es erforderlich, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene jährlich eine Liste der Krankenhäuser vereinbaren, die den vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu § 136c Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffenen konkreten Vorgaben der jeweils geltenden Beschlüsse entsprechen. Der G-BA hat im Rahmen der Folgenabschätzung zu den Beschlüssen vom 24. November 2016 und vom 19. April 2018 die entsprechenden Krankenhäuser erstmals identifiziert. Die Vertragspartner auf Bundesebene haben jährlich zum 30. Juni, erstmals zum 30. Juni 2019, eine Zusammenstellung der entsprechenden Krankenhäuser auf der Grundlage der verfügbaren Daten zu vereinbaren. Die Vertragsparteien auf Bundesebene veröffentlichen regelmäßig ihre Vereinbarungen auf ihren Internetseiten, so dass die Liste der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser öffentlich zugänglich ist. Gelingt den Vertragsparteien auf Bundesebene keine Einigung, entscheidet nach Absatz 2 die Bundesschiedsstelle über die Liste.

Zu Nummer 8

Zu Buchstabe a0 (§ 10 Absatz 1 Satz 7 – neu – KHEntgG)

Mit der Ausgliederung von Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System soll keine Minderung oder Erhöhung des Landesbasisfallwerts einhergehen (vgl. Begründung zu § 17b Absatz 4 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes). Um dies für das Jahr 2020 und die Folgejahre zu gewährleisten, gibt die Änderung vor, dass für die Verhandlung des Landesbasisfallwerts sowohl Veränderungen der Leistungsseite (effektive Bewertungsrelationen) wie auch der Erlösseite zu berücksichtigen sind und zwar so, dass eine durch die Einführung und Weiterentwicklung der neuen Pflegepersonalkostenvergütung bedingte Veränderung, also eine Minderung oder Erhöhung, des Landesbasisfallwerts ausgeschlossen ist. Die Regelung dient dazu, dass im Bereich der über den Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen eine Doppel- oder Unterfinanzierung von Leistungen vermieden wird.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe a (§ 10 Absatz 4 KHEntgG)

Bislang ist vorgesehen, dass mit der Ausgliederung von Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System einhergehende technische Effekte lediglich bei der Einführung der neuen Pflegepersonalkostenvergütung so zu neutralisieren sind, dass sie nicht zu einer Minderung oder Erhöhung der Landesbasisfallwerte führen. Die Änderung erweitert die Geltung dieser Vorgabe dahingehend, dass auch im Rahmen der Weiterentwicklung der neuen Pflegepersonalkostenvergütung entstehende technische Effekte keine Rückwirkung auf den zu vereinbarenden Landesbasisfallwert haben dürfen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe bb (§ 10 Absatz 5 Satz 3 KHEntgG)

Mit der Streichung der bisherigen Formulierung „der Vergütungstarifverträge“ wird eine Anpassung an die Tarifvertragspraxis vorgenommen. Damit wird berücksichtigt, dass entgeltwirksame Vereinbarungen zwischenzeitlich vielfach auch durch andere tarifvertragliche Grundlagen erfolgen, z. B. als Anlage zum Manteltarifvertrag.

Zu Buchstabe b1 (§ 10 Absatz 12 KHEntgG)

Zu Doppelbuchstabe aa (§ 10 Absatz 12 Satz 1 – neu – KHEntgG)

Die Mittel des Pflegezuschlags nach § 8 Absatz 10, der mit Einführung des Pflegebudgets nach § 6a ausläuft, werden pauschal in Höhe von rd. 200 Mio. Euro zum Jahr 2020 in die Landesbasisfallwerte überführt. Hierfür ist für die Verhandlung des Landesbasisfallwerts 2020 pauschal eine Erhöhung um 0,3 Prozent des vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwerts 2019 (ohne Ausgleiche) einzurechnen. Die Obergrenze nach Absatz 4 findet hierbei nach dem bisherigen Satz 2 keine Anwendung. Die Höhe des pauschalen Zuschlags auf den Landesbasisfallwert setzt die Mittelüberführung ohne relevanten zusätzlichen Bürokratieaufwand um. Zudem wird berücksichtigt, dass durch den Pflegezuschlag die Krankenhäuser seinerzeit einen nachhaltigen Anreiz zur zusätzlichen Beschäftigung von Pflegepersonal bekommen sollten, so dass davon auszugehen ist, dass der Pflegezuschlag in maßgeblichem Umfang zur Finanzierung von Pflegepersonalkosten eingesetzt wird. Mit der Einführung des Pflegebudgets erfolgt die Vergütung der Pflegepersonalkosten zukünftig umfassend über das Pflegebudget.

Zu Doppelbuchstabe bb (§ 10 Absatz 12 Satz 2 KHEntgG)

Die Regelung gewährleistet, dass die im Jahr 2019 abgerechneten Zuschläge für das Hygieneförderprogramm nach § 4 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes für die Überführung in den Landesbasisfallwert 2020 um die geschätzte Summe der Beträge gemindert werden, die zukünftig im Pflegebudget aufgehen. Die Änderung ist erforderlich, um eine Doppelvergütung zu verhindern.

Zu Nummer 12

Mit der Änderung werden die vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgelte erhöht, die für die Abrechnung von Pflegepersonalkosten nach dem Pflegebudget greifen, solange noch kein Pflegebudget von den Vertragsparteien nach § 11 vereinbart wurde. Die Erhöhung berücksichtigt, dass sich auf der Grundlage der für das Jahr 2016 verfügbaren Daten des Statistischen Bundesamtes durchschnittliche Kosten je Belegungstag in allgemeinen Krankenhäusern in Höhe von rund 130 Euro errechnen. Die Erhöhung ist erforderlich, um Liquiditätsprobleme für Krankenhäuser zu vermeiden. Für die von den Vertragsparteien nach § 11 zu treffenden Vereinbarungen zum Pflegebudget werden damit keine Festlegungen im Vorhinein getroffen. Nach der Vereinbarung des Pflegebudgets sind entstehende Mehr- oder Mindererlöse unter entsprechender Anwendung von Absatz 3 vollständig auszugleichen.

Zu Nummer 13

Zu Buchstabe a0 (§ 21 Absatz 1 KHEntgG)

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung, die dem Sachverhalt Rechnung trägt, dass das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) von den Vertragsparteien auf Bundesebene als Datenstelle benannt wurde. Hieran wird gesetzlich nun dauerhaft festgehalten und die Datenstelle mit der datentechnischen Weiterentwicklung beauftragt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa (§ 21 Absatz 2 Nummer 1 KHEntgG)

Zu Dreifachbuchstabe aaa0 (§ 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe a KHEntgG)

Mit der Änderung von § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe a hat das Krankenhaus in seinem Strukturdatensatz neben der Gesamtzahl der aufgestellten Betten auch als Davon-Angabe gesondert die Zahl der aufgestellten Intensivbetten auszuweisen. Die Änderung ist für Plausibilisierungszwecke bei der Weiterentwicklung des Entgeltsystems erforderlich, insbesondere im Zusammenhang mit dem Pflegepersonalaufwand, Pflegepersonaluntergrenzen und damit zusammenhängenden Fragestellungen.

Zu Dreifachbuchstabe bbb (§ 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e KHEntgG)

Korrespondierend zu der § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zugrundeliegenden Definition der Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, auch Pflege am Bett genannt, wird die bisherige Formulierung von § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e präzisiert. Statt dem bisherigen unspezifischen Abstellen auf den Pflegedienst wird damit auf die Erhebung des in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätigen Pflege- und Pflegehilfspersonals im stationären Bereich abgestellt. Es handelt sich damit um das Pflege- und Pflegehilfspersonal, dessen Kosten nach den Vorgaben von § 17b Absatz 4 KHG aus dem DRG-System auszugliedern sind. Soweit sie in der Pflege am Bett eingesetzt werden, werden damit die Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, die Altenpflege, Krankenpflegehilfe, zukünftig Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Gesundheits- und Pflegeassistenz, Pflegefachhilfe, Altenpflegehilfe, Sozialassistenz und Kinderpflegehelfer erfasst. Nicht umfasst ist Pflegepersonal, das z. B. als Funktionspersonal im Operationsbereich, in der Anästhesie, den diagnostischen und therapeutischen Bereichen oder der medizinischen Infrastruktur tätig ist.

Die Anzahl des entsprechenden Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen ist beginnend mit dem Datenjahr 2019 differenziert nach den unterschiedlichen Standorten nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) eines Krankenhauses zu übermitteln. Die neue Standortbezeichnung liegt den Krankenhäusern im ersten Quartal 2020 vor. Für die Übermittlung der Daten des Datenjahres 2019 müssen bisherige alte Standortkennzeichen ausgetauscht oder das neue Standortkennzeichen hinzugefügt werden, sofern ein Standortkennzeichen bisher nicht verfügbar war. Durch den Tausch bzw. das Hinzufügen des neuen Standortkennzeichens für das Datenjahr 2019 ist von einem geringen Zusatzaufwand für die Krankenhäuser auszugehen. Zugleich kann damit aber eine einheitliche, aussagefähige Datengrundlage geschaffen werden. Eine entsprechende standortbezogene Übermittlung ist als Grundlage für die Ermittlung von Pflegepersonalquotienten nach § 137j SGB V erforderlich. Für die einzelnen Standorte sind die Daten zudem mit Blick auf die Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 3 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 5. Oktober 2018 und gemäß den Vorgaben einer Vereinbarung der Vertragsparteien nach § 137i Absatz 1 SGB V nach der Qualifikation des Personals (Berufsbezeichnungen) zu unterscheiden. Hierbei ist jeweils umgerechnet in Vollkräfte die standortbezogene Zahl der in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten einzelnen in der Pflege tätigen Berufe insgesamt sowie gegliedert nach den auf den genannten Rechtsgrundlagen beschlossenen pflegesensitiven Bereichen zu übermitteln.

Zudem wird die differenzierte Übermittlung des Pflegepersonals dahingehend sprachlich präzisiert, dass zwar das Pflegepersonal nach Berufsbezeichnungen gegliedert zu übermitteln ist, nicht aber nach Personalgruppen.

Zu Buchstabe a1 (§ 21 Absatz 4 Satz 2 KHEntgG)

Die Datenstelle, die vom InEK getragen wird, wird dauerhaft mit der datentechnischen Weiterentwicklung der bestehenden Vereinbarung nach Satz 1 beauftragt. Soweit gesetzliche Änderungen des Datensatzes nach Absatz 2 dies erfordern, sind die näheren Einzelheiten zu den Daten und deren Übermittlung anzupassen. Die entsprechende Weiterentwicklung der Vereinbarung nach Satz 1 durch die Datenstelle ist wie bisher im Benehmen mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik vorzunehmen. Von der Datenstelle sind insbesondere bundeseinheitliche Festlegungen und erforderliche Differenzierungen zu einzelnen Datenfeldern zu treffen. Im bisherigen Rahmen, der eine Vereinbarung durch die Vertragsparteien auf Bundesebene vorsieht, ist eine frist- und sachgerechte Weiterentwicklung vielfach nicht möglich. So war bis zum 31. Juli 2018 eine Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene zur Übermittlung von Pflegepersonaldaten nach Absatz 2 Satz 1 Buchstabe e zu treffen, deren Abschluss

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

noch aussteht. Die Datenstelle hat daher zu gewährleisten, dass die entsprechenden Übermittlungsanforderungen für die zum 31. März 2019 zu übermittelnden Pflegepersonaldaten des Jahres 2018 kurzfristig festgelegt werden. Mit Blick auf die eingetretenen Verzögerungen wird auf die bislang vorgesehene unterjährige Übermittlung der Daten für das erste Halbjahr 2018 verzichtet.

Zu Artikel 10

Zu Nummer 1a

Zu Buchstabe a (§ 5 Absatz 2 Satz 8 KHEntgG)

Zur Rechtsbereinigung wird die Übergangsregelung zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen wegen Zeitablaufs aufgehoben.

Zu Buchstabe b (§ 5 Absatz 2a – neu – KHEntgG)

Krankenhäuser, die die Vorgaben der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nach § 136c Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gefassten Beschlüsse in der jeweils geltenden Fassung erfüllen, werden in die Liste nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 aufgenommen. Es handelt sich um bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser, die wegen ihrer Bedeutung für die wohnortnahe Versorgung gestärkt werden sollen. Sie erhalten nach Satz 1 mit Inkrafttreten der Regelung ab dem Jahr 2020 eine zusätzliche Finanzierung in Höhe von 400.000 Euro pro Krankenhaus. Dieser Betrag wird nach Satz 2 fallbezogen abgerechnet, indem die Gesamtsumme durch die voraussichtliche Zahl der voll- und teilstationären Fälle dividiert wird. Der resultierende Betrag wird den Patientinnen oder Patienten oder deren Kostenträgern in Rechnung gestellt. Gelingt den Vertragsparteien nach § 11 keine Einigung, entscheidet nach § 13 in Verbindung mit § 11 Absatz 1 die Schiedsstelle. Der nach Satz 2 resultierende Betrag ist nach Satz 3 von gelisteten Krankenhäusern erstmals für Patientinnen und Patienten abzurechnen, die ab dem 1. Januar 2020 zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden. Erfolgt eine Listung eines Krankenhauses nicht bereits für das Jahr 2019, sondern für ein späteres Jahr, entsteht der Anspruch nach Satz 1 ab dem Folgejahr und somit erfolgt dementsprechend die Abrechnung für Patientenaufnahmen ab dem ersten Januar des Folgejahres. Nach Satz 4 endet die Abrechnungsfähigkeit für Krankenhäuser, die nicht mehr in der Liste aufgeführt sind, für die Patientenaufnahmen, die auf das Jahr der letztmaligen Auflistung folgen.

Zu Buchstabe c (§ 5 Absatz 3 KHEntgG)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Beauftragung des G-BA, die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 bis zum Jahresende 2019 zu konkretisieren. Der neu gefasste § 5 Absatz 3 ermöglicht, dass auf der Grundlage eines Beschlusses des G-BA nach § 136c Absatz 5 – neu – des Fünften Buches Sozialgesetzbuch krankenhausindividuelle Vereinbarungen von Zuschlägen für besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten getroffen werden können. Bis zur Verabschiedung des Beschlusses gilt die nach § 9 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz in Verbindung mit dem bisherigen § 9 Absatz 1a Nummer 2 von der Bundesschiedsstelle getroffene Festlegung fort.

Gelingt den Vertragsparteien eine Einigung über die Vereinbarung der Zuschläge und deren Höhe nicht, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 Absatz 1 Satz 1. Dabei müssen nach § 13 Absatz 1 Satz 2 die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften, also auch § 5 Absatz 3, beachtet werden.

Zur Rechtsbereinigung entfallen die bisher in Satz 2 formulierten Übergangsfristen wegen Zeitablaufs.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a (§ 6 Absatz 2a Satz 1 Nummer 2 KHEntgG)

Voraussetzung für die krankenhausindividuelle Verhandlung von gesonderten Zusatzentgelten nach § 6 Absatz 2a Nummer 2 ist es, dass die Behandlungskosten die Summe aus DRG-Vergütung und Zusatzentgelten um mindestens 50 Prozent überschreiten. Sind Pflegepersonalkosten zukünftig nicht mehr Bestandteil des DRG-Systems, muss dies zur Vermeidung von Verwerfungen auch bei den für die Verhandlung der gesonderten Zusatzentgelte maßgeblichen Behandlungskosten berücksichtigt werden. Die Regelung gibt vor, dass die für die Vereinbarung von gesonderten Zusatzentgelten maßgeblichen Behandlungskosten um die Kosten zu vermindern sind, die von dem Pflegebudget nach § 6a erfasst werden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe b (§ 6 Absatz 3 Satz 5 KHEntgG)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung von Buchstabe a, die den bisherigen Text des Gesetzentwurfs inhaltsgleich wiedergibt.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a (§ 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der hier zugrundeliegenden Definition der Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen. Die über das Pflegebudget nach § 6a zu berücksichtigenden Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen sind ab dem Jahr 2020 Gegenstand der neuen krankenhausindividuellen Pflegepersonalkostenvergütung, so dass diese Kostensteigerungen bei der Ermittlung der korrekten Erhöhungsrate für Tariferhöhungen für die übrigen Beschäftigtengruppen nicht zu berücksichtigen sind, um verzerrte Ergebnisse zu vermeiden.

Zu Buchstabe b (§ 9 Absatz 1a Nummer 2 KHEntgG)

§ 9 Absatz 1a Nummer 2 wird zum 1. Januar 2020 aufgehoben. Zugleich wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, bis zum 31. Dezember 2019 die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 anstelle der Vertragsparteien auf Bundesebene zu konkretisieren (§ 136c Absatz 5 – neu – des Fünften Buches Sozialgesetzbuch). Durch die vom G-BA zu beschließenden Vorgaben sollen die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten konkret von den Regelaufgaben der Krankenhäuser abgegrenzt werden, damit auf dieser Grundlage ab dem Jahr 2020 Krankenhäuser, die besondere Aufgaben leisten und die Vorgaben des G-BA-Beschlusses erfüllen, regelhaft entsprechende Zuschläge vereinbaren können.

Zu Nummer 4

Zu Buchstabe a

Zu den Doppelbuchstaben bb und cc (§ 10 Absatz 5 Satz 2 und 3 KHEntgG)

Es handelt sich jeweils um eine Folgeänderung zu § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und der hier zugrundeliegenden Definition der Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen. Die über das Pflegebudget nach § 6a zu berücksichtigenden Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen sind ab dem Jahr 2020 Gegenstand der neuen krankenhausindividuellen Pflegepersonalkostenvergütung, so dass nicht zusätzlich eine Berücksichtigung bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte erfolgen darf.

Zu Buchstabe b (§ 10 Absatz 6 Satz 1 KHEntgG)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu § 17b Absatz 4 KHG und der hier zugrundeliegenden Definition der Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen. Die über das Pflegebudget nach § 6a zu berücksichtigenden Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen sind ab dem Jahr 2020 Gegenstand der neuen krankenhausindividuellen Pflegepersonalkostenvergütung. Bei der Ermittlung des Orientierungswerts nach § 10 Absatz 6 ist zu berücksichtigen, dass er nicht die Obergrenze für die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen bildet.

Zu Artikel 11

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu der Einführung der §§ 114b und 114c.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 3

Zu Absatz 6 (§ 8 Absatz 6 SGB XI):

In der gesetzlichen Anspruchsgrundlage für die vollstationären Pflegeeinrichtungen zur Finanzierung der zusätzlichen Stellen in § 8 Absatz 6, die eine Leistung der Pflegeversicherung darstellt, wird zur Klarstellung aufgenommen, dass die zusätzlichen Stellenäquivalente nach Einrichtungsgröße von den Pflegeeinrichtungen sowohl durch Neueinstellungen als auch durch zeitliche Erweiterung bislang in Teilzeit besetzter Stellen umgesetzt werden kann.

Die Vorschrift wird stärker darauf konzentriert, dass es sich um Pflegefachkräfte handeln muss, die mit dem Vergütungszuschlag finanziert werden. Daher wird die gesetzlich vorgesehene Frist bis zur ausnahmsweise vorgesehenen Möglichkeit, auch Pflegehilfskräfte damit zu finanzieren, auf vier Monate verlängert. Zudem wird sie mit der zwingenden Voraussetzung verknüpft, dass die Pflegehilfskräfte damit verbunden eine Ausbildung zur Pflegefachkraft aufnehmen bzw. bereits aufgenommen haben In diesem Fall kann die Differenz zwischen dem Gehalt einer Pflegehilfskraft und der Auszubildendenvergütung über den Vergütungszuschlag finanziert werden. Die Finanzierung der Auszubildendenvergütung über den Ausbildungsfonds nach dem Pflegeberufegesetz bleibt unberührt. Dies unterstützt das Ziel, mehr Pflegefachkräfte in der vollstationären Pflege zu gewinnen. Nach erfolgreichem Abschluss der Ausbildung zur Pflegefachkraft kann dieses Pflegepersonal über den regelmäßigen Vergütungszuschlag für Pflegefachkräfte nach Absatz 6 Satz 3 nahtlos weiterfinanziert werden.

Zudem wird für das Verfahren die Präzisierung aufgenommen, dass die Landesverbände der Pflegekassen bis zum Vorliegen der Bestimmung des Spitzenverband Bund der Pflegekassen die sachgerechte Verfahrensbearbeitung sicherzustellen haben. Hierbei genügt für die Pflegeeinrichtungen die Antragstellung an eine als Partei der Pflegesatzvereinbarung beteiligte Pflegekasse.

Zu Absatz 7 (§ 8 Absatz 7 Satz 10 SGB XI):

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) Einvernehmen über die Förder-Richtlinien herzustellen. Dies ist sachgerecht, da die privaten Versicherungsunternehmen verpflichtet werden, sich an den Kosten für die Förderung zu beteiligen. Die Einzelheiten zu Voraussetzungen, Zielen, Inhalten und Durchführung der Förderung, die eine Leistung der Pflegeversicherung darstellt, sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel sind durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. festzulegen. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Hierzu wird die entsprechende Anwendung von § 17 Absatz 2 angeordnet. Das Bundesministerium für Gesundheit kann vor seiner Entscheidung zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern sowie die Genehmigung mit Auflagen verbinden.

Zudem wird klargestellt, dass die Auszahlung der Fördermittel durch eine Pflegekasse erfolgt.

Zu Absatz 8 (§ 8 Absatz 8 Satz 5 SGB XI):

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) Einvernehmen über die Richtlinien zur Zuschussvergabe herzustellen. Dies ist sachgerecht, da die privaten Versicherungsunternehmen verpflichtet werden, sich an den Kosten für die Förderung zu beteiligen. Die Einzelheiten zu den Voraussetzungen des Zuschusses sowie zu dem Verfahren zur Gewährung des Zuschusses, die eine Leistung der Pflegeversicherung darstellt, werden durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 in Richtlinien festgelegt. Dabei sind Verfahren für eine sachgerechte Verteilung der Mittel sicherzustellen, die den besonderen Anforderungen an die Mittelverwendung im Rahmen der Sozialversicherung Rechnung tragen. Deshalb ist auch zu regeln, wer für die Bearbeitung der Anträge und die Auszahlung des Zuschusses zuständig ist. Zudem wird klargestellt, dass die Auszahlung des Zuschusses durch eine Pflegekasse erfolgt. Die durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. festgelegten Inhalte bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Hierzu findet § 17 Absatz 2 entsprechende Anwendung. Das Bundesministerium für Gesundheit kann vor seiner Entscheidung zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern sowie die Genehmigung mit Auflagen verbinden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 11 (Zu § 45d SGB XI)

Zu Buchstabe a

Zur Verstärkung des Engagements im Bereich der Selbsthilfeförderung in der Pflege wird der Finanzierungsanteil der Pflegeversicherung an den Fördermaßnahmen, die mit Mitteln nach § 45d gefördert werden, von 50 Prozent auf 75 Prozent erhöht. Bei der bisherigen Zuschussgewährung in Höhe von 50 Prozent durch die Pflegeversicherung und 50 Prozent von Land oder kommunaler Gebietskörperschaft ergab sich insgesamt ein Gesamtfördervolumen von rund 16 Millionen Euro im Kalenderjahr. Um das Gesamtfördervolumen bei einer Zuschussgewährung durch die Pflegeversicherung in Höhe von 75 Prozent in gleicher Höhe aufrecht zu erhalten, werden die von der Pflegeversicherung nach § 45d Satz 1 je Kalenderjahr zur Verfügung gestellten Mittel von 0,10 Euro auf 0,15 Euro je Versichertem erhöht, so dass die Pflegeversicherung anstelle von bislang rund 8 Millionen Euro insgesamt nunmehr maximal rund 12 Millionen Euro im Jahr für die Förderung der Selbsthilfe in der Pflege zur Verfügung stellt. Wie bisher beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, an dieser Förderung mit insgesamt 10 Prozent des Fördervolumens. Die Fördermittel werden wie bisher nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder aufgeteilt.

Zu Buchstabe b

Die Mittel der Pflegeversicherung zur Förderung der Selbsthilfe werden in den Bundesländern in sehr unterschiedlichem Maße abgerufen. In manchen Bundesländern werden diese Fördermittel bislang gar nicht genutzt. Im Hinblick auf die Bedeutung der Selbsthilfe, insbesondere zur Unterstützung und Information der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden, ist eine bessere Ausnutzung der zur Verfügung gestellten Mittel jedoch wünschenswert.

Zur Verstärkung des Engagements im Bereich der Selbsthilfeförderung in der Pflege wird der Finanzierungsanteil der Pflegeversicherung an den Fördermaßnahmen, die mit den Mitteln nach § 45d Satz 1 gefördert werden, daher von bisher 50 Prozent auf künftig regelmäßig 75 Prozent erhöht.

Für Zuschüsse als Anschubfinanzierung zur Gründung neuer Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen stehen die Fördermittel der Pflegeversicherung nach § 45d außerdem in Zukunft auch zur Verfügung, ohne dass es für die Förderung einer Mitfinanzierung durch das Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf. Hierfür können insgesamt Fördermittel in Höhe von je Kalenderjahr bis zu 0,01 Euro je Versichertem verwendet werden. Die jeweilige Gewährung der Gründungszuschüsse erfolgt aus den nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder aufgeteilten Mitteln nach Satz 1. Um die Förderung bei einer Neugründung zu vereinfachen und das Bewilligungsverfahren zu beschleunigen, beantragen die Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen die Gründungszuschüsse dabei unmittelbar beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Das Nähere zur Durchführung der Förderung und zum Verfahren wird in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt.

Darüber hinaus wird im Gesetz klargestellt, dass Zuschüsse der kommunalen Gebietskörperschaften in entsprechender Anwendung des § 45c Absatz 2 Satz 3 auch als Personal- oder Sachmittel eingebracht werden können, eingesetzte Mittel der Arbeitsförderung entsprechend § 45c Absatz 2 Satz 4 einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt sind und die Übertragbarkeitsregelungen des § 45c Absatz 6 grundsätzlich entsprechende Anwendung finden.

Hinsichtlich der Übertragung von Mitteln, die in entsprechender Anwendung des § 45c Absatz 6 auf das Folgejahr übertragen worden sind und auch in dem Folgejahr nicht abgerufen wurden, wird jedoch eine besondere Regelung in § 45d eingeführt: Von diesen Mitteln wird ein Betrag in Höhe von 0,01 Euro je Versichertem genutzt, um damit bundesweite Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zu fördern. Da die bundesweite Tätigkeit von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen keinem bestimmten Bundesland und keiner bestimmten kommunalen Gebietskörperschaft zugeordnet werden kann, gestaltet sich die Förderung dieser Tätigkeiten im Rahmen des § 45d bislang schwierig. Deshalb erfolgt die Förderung insoweit künftig durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, ohne dass es einer Mitfinanzierung durch ein Land oder eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf. Die Bewilligung der Förderung aus den gemäß den Sätzen 6 und 7 zur Verfügung stehenden Mitteln durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, bei dem die Förderung unmittelbar zu beantragen ist, kann dabei jeweils für einen Zeitraum von bis zu fünf Jahren erfolgen, um den bundesweit tätigen

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen insoweit Planungssicherheit zu geben. Bei erneuter Antragstellung ist eine erneute Bewilligung von Fördermitteln möglich. Die Einzelheiten zur Förderung der bundesweiten Selbsthilfe werden in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene beschließt und die der Zustimmung der Länder und des Bundesministeriums für Gesundheit bedürfen, wobei das Bundesministerium für Gesundheit seine Zustimmung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erteilt, soweit Belange des Ehrenamts betroffen sind. Dadurch dass der Betrag zur Förderung der bundesweiten Selbsthilfetätigkeiten aus dem Betrag herausgenommen wird, der von den Ländern auch nach der Übertragung auf das Folgejahr noch nicht genutzt worden ist, wird die Fördergrundlage für die Länder, die die Mittel zur Förderung der Selbsthilfe in der Pflege traditionell in sehr hohem Maße ausschöpfen, nicht geschmälert. Zugleich ist es den Bundesländern, die diese Mittel bislang nur in geringem Maße nutzen, möglich, ihr Fördervolumen jederzeit zu erhöhen.

Soweit die Mittel zur Förderung der Selbsthilfe, die in entsprechender Anwendung des § 45c Absatz 6 auf das Folgejahr übertragen worden sind und auch in dem Folgejahr nicht abgerufen wurden, den Betrag in Höhe von 0,01 Euro je Versichertem übersteigen, können diese Fördermittel zudem weiterhin – wie in § 45c Absatz 6 Satz 3 bis 9 geregelt – von den Ländern beantragt und genutzt werden, die im Jahr vor der Übertragung der Mittel auf das Folgejahr mindestens 80 Prozent der auf sie nach dem Königsteiner Schlüssel entfallenden Mittel zur Selbsthilfeförderung ausgeschöpft haben.

Zu Buchstabe c

Die bereits bislang im Gesetzentwurf enthaltene Regelung zu dem bisherigen § 45d Satz 3 wird redaktionell leicht ergänzt und bildet nun den Buchstaben c.

Zu Nummer 14a und zu Artikel 12

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I, S. 3191) wird § 71 Absatz 4 zum 1. Januar 2020 neu gefasst. Im Rahmen dieser Neufassung treten auch Bestimmungen in Kraft, die den Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichten, Richtlinien zur näheren Abgrenzung zu erlassen, wann die in § 71 Absatz 4 Nummer 3 Buchstabe c in der Fassung des PSG III genannten Merkmale vorliegen und welche Kriterien bei der Prüfung dieser Merkmale mindestens heranzuziehen sind. Diese Richtlinien sollen jedoch bereits spätestens bis zum 1. Juli 2019, also vor dem Inkrafttreten der Neufassung des § 71 Absatz 4 am 1. Januar 2020 erlassen werden, um eine ausreichende Vorbereitungszeit für deren Umsetzung in der Praxis zu gewährleisten. Die im PSG III enthaltenen Regelungen zum Richtlinienerlass in Bezug auf die ab dem 1. Januar 2020 geltende Fassung des § 71 Absatz 4 werden daher in einen neuen § 71 Absatz 5 überführt, der bereits zum 1. Januar 2019 in Kraft tritt.

Die nach dem PSG III zum 1. Januar 2020 in Kraft tretende Fassung des § 71 Absatz 4 ist damit um die Regelungen zum Richtlinienerlass zu bereinigen. § 71 Absatz 4 wird daher mit Wirkung ab dem 1. Januar 2020 neu gefasst.

Inhaltlich sind die Bestimmungen in § 71 Absatz 4 und 5 in der vorliegenden Fassung und die Bestimmungen in § 71 Absatz 4 in der Fassung des PSG III identisch.

Da Artikel 12 bereits Änderungen des SGB XI zum 1. Januar 2020 beinhaltet, werden die neuen Regelungen zu § 71 Absatz 4 SGB XI in diesen Artikel integriert, was eine redaktionelle Neufassung zur Folge hat.

Zu Nummer 17

Die Änderung der Regelung zur besseren Honorierung der Wegezeiten nach § 132a Absatz 1 SGB V (Änderungsantrag zu Artikel 7 Nummer 10) wird entsprechend für den Bereich des Pflegeversicherungsrechts in § 89 SGB XI übernommen.

Zu den Nummern 20a bis 20c

Zu § 114

Die Änderung trägt der in § 114b (neu) geregelten Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen ab dem 1. Oktober 2019 Rechnung.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die im Rahmen des indikatorengestützten Verfahrens gewonnenen Qualitätsdaten dienen als Informationsgrundlage für die Qualitätsprüfungen und sind eine wesentliche Grundlage für die Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a.

Parallel zu der verpflichtenden Indikatorenerhebung nach § 114b Absatz 1 Satz 1 durch die zugelassenen vollstationären Einrichtungen beginnt daher auch für die Qualitätsprüfungen ein neuer Prüfrhythmus Die Landesverbände der Pflegekassen können die Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung e. V. oder durch von ihnen bestellte Sachverständige für die im stationären Bereich zugelassenen Pflegeeinrichtungen somit ab dem 1. November 2019 auf das neue Prüfsystem umstellen. Bis zum 31. Dezember 2020 soll jede zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtung mindestens einmal geprüft sein. Um Anreize für die Einrichtungen zu setzen, sich um ein hohes Qualitätsniveau zu bemühen, soll zudem zukünftig die Möglichkeit bestehen, den jährlichen Prüfrhythmus für Einrichtungen mit guten Qualitätsergebnissen auf zwei Jahre zu verlängern. Hierzu wird in Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 114c das Nähere geregelt.

Die Landesverbände der Pflegekassen erteilen die Prüfaufträge für die zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage der von der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b Satz 3 übermittelten Ergebnisse. Dazu gehören Informationen über die durch die Datenauswertungsstelle gezogenen Stichprobe, das Ergebnis der statistischen Plausibilitätsprüfung sowie ggfs. weitere Hinweise auf Qualitätsdefizite oder absehbaren Beratungsbedarf. Die von den zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen erhobenen und an die Datenauswertungsstelle übermittelten Daten sind im Rahmen der Prüfungen zu berücksichtigen.

Zu § 114a

Regelprüfungen in allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind grundsätzlich am Tag zuvor anzukündigen. Diese Regelung gilt bereits für ambulante Einrichtungen. Die Erfahrungen mit der wissenschaftlichen Erprobung von Prüfungen mit Bezug auf indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen haben gezeigt, dass durch die kurzfristige Ankündigung eine bessere organisatorische Vorbereitung der Prüfung ermöglicht wird. Angekündigt wird dabei lediglich der Termin der Prüfung. Hingegen erfolgt ausdrücklich keine Information über die in die Prüfung einbezogene Stichprobe von Pflegebedürftigen. Welche Bewohner in die Prüfung einbezogen werden sollen, wird der Einrichtung vielmehr erst nach dem Eintreffen der Prüfer mitgeteilt. Angesichts dieser Verfahrensweise und mit Blick auf die geringere Bedeutung der Pflegedokumentation bei den neuen Prüfungen wird die Gefahr von Manipulationen daher als gering eingeschätzt. Hingegen besteht bei kurzfristiger vorheriger Bekanntgabe des Prüftermins die Aussicht auf einen besseren Organisationsablauf während der Prüfungen. Davon können alle an der Prüfung unmittelbar Beteiligten profitieren, aber auch die nicht in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen, deren Versorgung auf diese Weise besser sichergestellt werden kann.

Insoweit Regelprüfungen weiterhin auch unangekündigt erfolgen sollen, regelt das Nähere hierzu der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit in den Richtlinien nach § 114c Absatz 1.

Anlassprüfungen erfolgen wie bisher unangemeldet.

Zu § 114b

Zu Absatz 1

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) wurde der Qualitätsausschuss verpflichtet, neue Systeme der Qualitätsmessung und -darstellung durch unabhängige Wissenschaftler entwickeln zu lassen (§ 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1). Das neue Qualitätssystem umfasst die Erhebung indikatorenbezogener Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im vollstationären Bereich, die auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements erfasst werden, eine damit verbundene Umstrukturierung des Prüfgeschehens (siehe Änderungen in § 114 und 114a) und ein neues Instrument für die Qualitätsberichterstattung, das den sogenannten „Pflege-TÜV“ ersetzt (§ 115 Absatz 1a).

Mit der hier vorliegenden Regelung wird die Erhebung und Übermittlung indikatorenbezogener Daten durch die zugelassenen vollstationären Einrichtungen ab dem 1. Oktober 2019 verbindlich eingeführt. Bis zum 30. Juni

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

2020 wird dabei eine Einführungsphase festgelegt. Innerhalb dieses Zeitraums werden alle zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen erstmalig verpflichtet, zu einem einrichtungsindividuell zu bestimmenden Stichtag nach einem strukturierten Verfahren Indikatorenergebnisse, d. h. Daten zu ausgewählten Qualitätsaspekten, zu erheben und an die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b zu übermitteln. Anschließend beginnt der regelhafte halbjährliche Rhythmus der Datenerhebung und -übermittlung. Technische Voraussetzung für die Datenübermittlung ist die Registrierung bei der Datenauswertungsstelle.

Nach Auskunft der Selbstverwaltung über die derzeitigen Planungen ist die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b bis zum 1. September 2019 eingerichtet. Damit kann sichergestellt werden, dass die technischen Voraussetzungen für die Datenübermittlung, wie die Registrierung von allen zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen bei der Datenauswertungsstelle ab September 2019, geschaffen werden. Sollte die Datenauswertungsstelle bis zum 15. September 2019 nicht eingerichtet sein, haben die Landesverbände der Pflegekassen die Erfüllung der Aufgaben sicherzustellen, die der Datenauswertungsstelle durch das Elfte Buch und durch die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 übertragenen werden.

Grundlage für das Verfahren der Datenerhebung und -übermittlung sind die Maßstäbe und Grundsätze für den stationären Bereich (MuG stationär) gemäß § 113 Absatz 1a, für die der Qualitätsausschuss Pflege am 17. September 2018 die Einleitung des Beteiligungsverfahrens beschlossen hat. Die Festlegungen in den MuG stationär basieren insbesondere auf den Ergebnissen des von den Vertragsparteien nach § 113 durch den Qualitätsausschuss beauftragten Projekts zur Entwicklung der Verfahren und Instrumente für die Qualitätsprüfung und -darstellung in der stationären Pflege gemäß § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 und 2.

Zu Absatz 2

Die Erhebung und Übermittlung von Qualitätsdaten stellt insbesondere in der Einführungsphase eine Herausforderung für die zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen dar. Damit etwaige fachliche, methodische oder technische Probleme beim Start nicht mit negativen Konsequenzen für die Eirichtungen verbunden sind, wird festgelegt, dass erst ab der zweiten Indikatorenerfassung eine Veröffentlichung stattfindet. Bis dahin enthält die eigentlich aus drei Elementen bestehende Qualitätsberichterstattung zunächst nur die Ergebnisse der Prüfungen sowie die von den Einrichtungen übermittelten qualitätsrelevanten Informationen.

Zu Absatz 3

Um die Erhebung und Übermittlung von Qualitätsdaten ab dem 1. Oktober 2019 vorzubereiten, wird es notwendig sein, Schulungen für Mitarbeiter aller zugelassenen vollstationären Einrichtungen in Deutschland durchzuführen. Um die Einrichtungen bei der Umstellung auf das neue Qualitätssystem zu unterstützen, werden für jede Einrichtung im Jahr 2019 einmalig 1 000 Euro aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zur Verfügung gestellt. Das nähere Verfahren der Auszahlung der Fördermittel durch eine Pflegekasse regeln die Landesverbände der Pflegekassen. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten der Förderung.

Zu § 114c

Zu Absatz 1

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird beauftragt, in Richtlinien unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. Kriterien für eine ab dem 1. Januar 2021 mögliche Verlängerung des Prüfrhythmus von einem auf zwei Jahre festzulegen. Der Abschlussbericht „Darstellung der Konzeption für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung zum indikatorengestützten Verfahren“ in der vom Qualitätsausschuss Pflege am 17. September 2018 abgenommenen Fassung enthält Empfehlungen zu einer Verlängerung des Prüfrhythmus, die als maßgebliche Grundlage bei der Richtlinienerstellung zu berücksichtigen sind. Insbesondere gehört eine über dem Durchschnitt liegende Ergebnisqualität zu den wesentlichen Grundvoraussetzungen für eine Verlängerung des Prüfrhythmus. Die Landesverbände der Pflegekassen sollen für die Berechnung des Durchschnitts die ihnen von der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b übermittelten Daten heranziehen. Für die Feststellung eines hohen Qualitätsniveaus müssen zudem die Prüfergebnisse der Einrichtung vorliegen und einbezogen werden.

In den Richtlinien sind auch Regelungen zu den Kriterien zu treffen, nach denen abweichend von der Bestimmung in § 114a Absatz 1 Satz 2 Regelprüfungen unangemeldet erfolgen. Die Prüfungen sollen unangekündigt erfolgen,

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

wenn eine vollstationäre Einrichtung ihre Verpflichtung aus § 114b Absatz 1 Satz 1 gar nicht erfüllt hat, die Datenübermittlung unvollständig war oder von der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b mangelnde Plausibilität der übermittelten Daten festgestellt wurde. Bei der Festlegung und Anwendung der Kriterien für mangelnde Plausibilität und Unvollständigkeit der Daten ist der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu berücksichtigen.

Die Vorschrift regelt zudem die Beteiligungsrechte, die durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen bei der Erstellung der Richtlinien zu beachten sind.

Zu Absatz 2

Die Richtlinien stehen unter dem Vorbehalt der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

Zu Absatz 3

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird verpflichtet, zum 30. September 2020, zum 31. März 2021 und danach jährlich über die Erfahrungen mit dem neuen System zu berichten. Der erste Bericht soll insbesondere darüber informieren, ob die Einrichtungen ihren Mitwirkungspflichten zur Indikatorenerhebung und -übermittlung nachgekommen sind. Zudem soll der Spitzenverband Bund der Pflegekassen darlegen, welche Konsequenzen die Landesverbände der Pflegekassen in Fällen fehlender oder mangelhafter Mitwirkung der Einrichtungen gezogen haben (zum Beispiel: Vergütungskürzungen als vertragsrechtliche Strafe). Auf Grundlage des Berichts kann bewertet werden, ob die vorhandenen Instrumente ausreichen, um eine flächendeckende Teilnahme der Einrichtungen zu gewährleisten oder ob weitergehende Regelungen im Vertrags- oder Zulassungsrecht notwendig sind. Der zweite Bericht soll insbesondere eine wissenschaftlich fundierte Evaluation der in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a festzulegenden Bewertungssystematik enthalten. Ziel der Evaluation soll es sein, die ersten Praxiserfahrungen mit der neuen Systematik darzustellen und fachlich zu bewerten. Dabei soll die Frage im Mittelpunkt stehen, inwieweit die Bewertungssystematik in der Lage ist, tatsächliche Qualitätsunterschiede für die Verbraucherinnen und Verbraucher transparent zu machen.

Zu Nummer 20d (§ 118)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Einfügung des § 114c.

Zu Nummer 20e

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu der Änderung des § 37 Absatz 3 SGB XI.

Zu Artikel 13a

Das GKV-Versichertenentlastungsgesetz sieht das Außerkrafttreten des § 324 SGB V zum 1. April 2019 vor. Diese Regelung ist aufgrund der in diesem Gesetz vorgesehenen Änderung des § 324 SGB V aufzuheben.

Zu Artikel 14

Zu Absatz 3

Die Aufhebung des mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetzes vorgesehenen Außerkrafttretens des § 324 SGB V tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Zu Absatz 6

Die Aufhebung der Übergangsregelung des § 324 SGB V erfolgt zu dem Zeitpunkt, zu dem die Regelung gegenstandslos wird.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Berlin, den 7. November 2018

Dr. Roy Kühne
Berichterstatter

Dr. Edgar Franke
Berichterstatter

Dr. Axel Gehrke
Berichterstatter

Nicole Westig
Berichterstatterin

Harald Weinberg
Berichterstatter

Kordula Schulz-Asche
Berichterstatterin

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.